



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

Loide da Silva Tomás Madureira

PROPOSTA DE UM MODELO DE GESTÃO DE CRISE NAS REDES SOCIAIS PARA O SETOR DA SAÚDE

Dissertação de Mestrado

Orientado por:

Professor Doutor Célio Gonçalo Marques – Instituto Politécnico de Tomar

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos de Saúde

RESUMO

O aparecimento da Web 2.0 fez de todos os seus utilizadores produtores de conteúdos. Assim, existe maior facilidade de as pessoas expressarem o seu desagrado na Web. Situações que poderiam ser contidas, hoje podem assumir grandes proporções se não forem corretamente abordadas e controladas. As grandes crises geradas em redes sociais fizeram com que a generalidade do mundo empresarial entendesse a necessidade de estar preparado, o que não se reflete nas instituições de saúde.

Todos os especialistas inquiridos consideram importante a presença das instituições hospitalares nas redes sociais mas, simultaneamente, alertam para a sua capacidade de exponenciar uma crise. Verifica-se também que os especialistas da área da saúde inquiridos não têm um plano de comunicação que envolva as crises nas redes sociais.

É objetivo deste trabalho criar um modelo de fácil implementação que permita monitorizar as redes sociais e responder adequadamente em situações de crise.

Assim, propomos com este trabalho um modelo constituído por três importantes passos. A primeira intervenção passa pela monitorização da Web, particularmente das redes sociais, usando ferramentas que informem cada vez que a instituição é mencionada nestes locais. Quando surge uma situação de crise, ou uma situação que a possa potenciar, é necessário ter em linha de conta quais as atitudes que devem ser tomadas face à situação. Para tal a instituição tem de ter um plano de comunicação definido e os colaboradores devidamente informados de como devem proceder. Por fim, é necessário analisar a crise, perceber o que correu mal para atualizar o plano e colmatar as falhas. Simultaneamente é necessário perceber os danos na imagem da instituição e promover ações que reponham a confiança dos doentes/utentes.

A avaliação do modelo proposto só é possível na existência de uma crise, no entanto, a implementação, formação e treino podem mostrar algumas oportunidades de melhoria.

Palavras-Chave: Comunicação, Gestão de Crise, Saúde, Redes Sociais, Web 2.0

ABSTRACT

The Web 2.0 made all its users content producers. Thus, it is easier for people to show their discontent. Situations that could be contained, nowadays can assume large proportions if not properly addressed and controlled. Big companies have already understood this necessity, but that had not happened yet in healthcare institutions.

All the expert respondents consider important the presence of healthcare institutions in social media networks but, simultaneously alert to their capability of spreading a crisis. However, healthcare's experts do not have a communication plan that includes social media crisis management.

This work's objective is to create a simple to use model that allows social media monitoring and proper response in crisis.

We suggest a model that consists in three major steps. The first one is to monitor the Web, particularly social media networks, using tools that inform the user each time his institution is mentioned. When a crisis or a situation that can lead to crisis appears, it is necessary to have guidelines about the attitudes and actions to take. To achieve that, the institution should have a communication plan defined and all staff aware how to proceed. The third step is to analyze the crisis, understand what went wrong and actualize the communication plan to correct these situations. It is also important to understand the damage done to the institution image and to promote actions that can replace patients trust in the institution.

This model can only be evaluated in a crisis situation, however its implementation, education and training can show some improvement opportunities.

Keywords: Communication, Crisis Management, Health, Social Media, Web 2.0

Agradecimentos

Para além da curva da estrada
Talvez haja um poço, e talvez um castelo,
E talvez apenas a continuação da estrada.
Não sei nem pergunto.¹

Não sei, nem pergunto, o que está para além desta curva da estrada... porque, com certeza, este não é o seu fim, é apenas uma curva que se abre para algo diferente. No entanto, a minha chegada a este ponto do caminho deve-se às inúmeras pessoas que passaram pela minha vida e me deram contributos inestimáveis. A todos, um bem hajam. Em especial agradeço:

Ao meu orientador por me ter convencido a ficar mais um bocadinho. Pela paciência e ajuda, e pela disponibilidade a qualquer hora em qualquer dia;

À instituição onde trabalho, chefia e colegas, que disponibilizaram o tempo necessário para que eu cumprisse este desafio e que sempre tiveram uma palavra de apoio nos momentos mais complicados;

Às pessoas que enriqueceram este trabalho com os seus contributos: Professor Doutor Henrique Gil, Professora Doutora Sónia Cruz, Doutoranda Catarina Resende, Dr.^a Salomé Marques, Doutoranda Isabel de Santiago, Mestrando Mário Valeira, Mestre Helena Dias, Mestre Fátima Pedro, Mestre Patrícia Cardoso, Professora Eunice Oliveira e aos Gabinetes de Comunicação dos hospitais respondentes ao primeiro questionário;

Um especial agradecimento à Dr.^a Daniela Barbará pela sua imensa disponibilidade e pela incansável colaboração;

E, porque às vezes os últimos são os primeiros: à minha família e aos meus amigos por me encorajarem sempre, por me forçarem a ir mais além e por nunca me deixarem acomodar.

¹ Pessoa, Fernando (s.d.). "Poemas Inconjuntos". Poemas Completos de Alberto Caeiro. (Recolha, transcrição e notas de Teresa Sobral Cunha.) Lisboa: Presença, 1994 - 129.

Índice

Índice	I
Índice de Figuras	III
Índice de Gráficos.....	IV
Índice de Tabelas	V
Índice de Quadros	VI
Lista de Abreviaturas e Siglas	VII
1. Introdução	1
1.1 Contextualização do estudo	2
1.2 Descrição do problema	2
1.3 Objetivos da investigação	3
1.4 Relevância do estudo	3
1.5 Limitações do estudo	4
1.6 Organização da dissertação.....	4
2. Gestão hospitalar e comunicação em saúde	6
2.1 Evolução da gestão hospitalar.....	7
2.2 Os novos desafios na saúde	11
2.3 A comunicação na saúde.....	14
2.4 Gestão de crise	20
3. Saúde 2.0	26
3.1 A Web 2.0 e o poder das redes sociais	27
3.2 O papel da Web 2.0 na saúde.....	30
3.3 As redes sociais e as comunidades virtuais em saúde	33
3.4 Gestão de crise nas redes sociais	35
4. Metodologia.....	40
4.1 Opções metodológicas	41
4.2 Técnicas de recolha de dados.....	42
4.3 Elaboração e validação dos instrumentos de recolha de dados.....	44
4.3.1 Grelha de análise da presença na Web	44
4.3.2 As instituições hospitalares portuguesas e as redes sociais.....	45
4.3.3 Comunicação e gestão de crise.....	46

4.4 Recolha de dados	47
4.4.1 Grelha de análise da presença na Web	47
4.4.2 As instituições hospitalares portuguesas e as redes sociais.....	47
4.4.3 Comunicação e gestão de crise.....	48
4.5 Tratamento de dados	48
5. Apresentação e análise dos resultados.....	49
5.1 Apresentação crítica dos dados obtidos	50
5.1.1 Grelha de análise da presença na Web	50
5.1.2 As instituições hospitalares portuguesas e as redes sociais.....	52
5.1.3 Comunicação e gestão de crise.....	56
5.2 Proposta de um modelo de gestão de crise nas redes sociais para o setor da saúde ..	64
5.2.1 Monitorização das redes sociais	65
5.2.2 Preparação e ação em situação de crise.....	68
5.2.3 Controlo dos danos e monitorização das redes	72
5.2.4 Diagrama do modelo proposto	74
6. Conclusões.....	75
Referências Bibliográficas.....	78
Anexos.....	85
Anexo A. Grelha de análise da presença na Web	86
Anexo B. As instituições hospitalares portuguesas e as redes sociais	87
Anexo C. Comunicação e Gestão de Crise	90

Índice de Figuras

Figura 1. Identificação de Elementos Estratégicos de Comunicação, adaptado de Gombeski, Taylor, Piccirilli, Cundiff e Britt (2008)	18
Figura 2. Modelo Empresarial de Comunicação, adaptado de Gombeski, Taylor, Piccirilli, Cundiff e Britt (2008)	18
Figura 3. Processo de Gestão de Comunicação, adaptado de Gombeski, Taylor, Piccirilli, Cundiff e Britt (2008)	19
Figura 4. Modelo preventivo para gestão de crises, adaptado de Mitoff, Pauchant e Shrivastava (1988)	22
Figura 5. Planeamento do processo de gestão de risco e crise, adaptado de Sapriel (2003)	23
Figura 6. Exemplo de um utente insatisfeito que publicou nas redes sociais (Facebook, 2016)	37
Figura 7. Criação de um alerta no Google Alerts	67
Figura 8. Visualização de todos os alertas do utilizador no Google Alerts	67
Figura 9. Monitorização das redes sociais com o Open Social Buzz	68
Figura 10. Diagrama do modelo proposto para a gestão de crises nas redes sociais para o setor da saúde	74

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Presença das instituições hospitalares em uma, ou mais, redes sociais	51
Gráfico 2. Presença das instituições hospitalares nas redes sociais	51
Gráfico 3. Abrangência do plano de comunicação.....	53
Gráfico 4. Presença das instituições hospitalares respondentes em uma ou mais redes sociais	53
Gráfico 5. Presença das instituições hospitalares respondentes nas redes sociais pesquisadas	54
Gráfico 6. Informações divulgadas nas redes sociais por semana.....	54
Gráfico 7. Rede social mais importante para os respondentes	55
Gráfico 8. Existência de plano de gestão de crise	56

Índice de Tabelas

Tabela 1. Tipo de instituição hospitalar.....	50
Tabela 2. Tipo de organização das instituições hospitalares	50
Tabela 3. Tipo de organização das instituições hospitalares respondentes ao primeiro questionário	52
Tabela 4. Tempo de resposta a comentários/solicitações nas redes sociais	55
Tabela 5. Importância da presença das instituições nas redes sociais	58
Tabela 6. Motivo da importância da presença das instituições nas redes sociais.....	58
Tabela 7. Alteração da política de comunicação face ao Despacho nº 199 de 2016.....	59
Tabela 8. Motivo para a alteração, ou não, da política de comunicação face ao Despacho nº 199 de 2016	59
Tabela 9. Envolvimento da administração no plano de comunicação.....	59
Tabela 10. Importância de ter profissionais de comunicação dedicados.....	60
Tabela 11. Motivo da importância de ter profissionais de comunicação dedicados	60
Tabela 12. Capacidade das redes sociais exponenciarem uma crise	61
Tabela 13. Motivo da capacidade das redes sociais exponenciarem uma crise	61
Tabela 14. Gestão de crises geradas nas redes sociais	62
Tabela 15. Crises nas redes sociais envolvendo instituições hospitalares.....	62
Tabela 16. Importância da existência de linhas orientadoras para os profissionais de comunicação	62
Tabela 17. Conhecimento de planos de gestão de crise para as redes sociais	63
Tabela 18. Existência de instrumentos para lidar com crises nas redes sociais	63

Índice de Quadros

Quadro 1. Características dos paradigmas qualitativo e quantitativo adaptado de Carmo e Ferreira (2008).....	42
Quadro 2. Tipos de inquéritos adaptado de Carmo & Ferreira (2008).....	43
Quadro 3. Pontos-chave para a gestão de crise nas redes sociais.....	64

Lista de Abreviaturas e Siglas

DGS – Direção-Geral da Saúde

NHS – *National Health Service*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – *World Health Organization*

1. Introdução

No presente capítulo fazemos uma abordagem ao tema da dissertação, contextualizando-o (1.1), descrevendo o problema que nos levou a desenvolvê-lo (1.2), identificando os objetivos da investigação (1.3) explicando a sua relevância (1.4) e limitações (1.5). Por fim, apresentamos a organização da dissertação (1.6).

1.1 Contextualização do estudo

O mundo onde atualmente vivemos é um mundo muito diferente daquele em que vivíamos há umas dezenas de anos no que respeita à interação entre pessoas. Após a popularização da Web, surgiram ferramentas que permitiram que as pessoas passassem de meros espectadores da informação disponível na Web, a utilizadores participantes, produtores de conteúdos na chamada Web 2.0. A forma como comunicamos uns com os outros é, nos nossos dias, muito mais facilitada.

Tendo esta evolução em mente é fácil entender que as situações de desagrado e desconforto são divulgadas com muito maior facilidade do que há alguns anos atrás. Para o mundo empresarial isto traz consequências práticas e diárias. Situações que, em tempos eram, contidas nos nossos dias podem assumir grandes dimensões e prejudicar a imagem das instituições. Desta forma, as empresas têm investido em ferramentas que monitorizam estas redes, de forma a prevenir potenciais crises.

No caso das instituições de saúde, nomeadamente as hospitalares, não existe ainda uma preocupação notória com esta monitorização, muitas vezes não existem gabinetes de comunicação, algumas não estão presentes nas redes sociais, outras vezes não têm disponíveis as ferramentas necessárias e, em grande parte dos casos, as administrações não estão despertas para esta necessidade. Apesar do crescente interesse por esta temática, ainda há um longo caminho a percorrer. Torna-se, portanto, necessário criar um conjunto de linhas orientadoras simples e acessíveis, que permitam às instituições hospitalares fazerem uma gestão preventiva da crise nas redes sociais.

1.2 Descrição do problema

As redes sociais já fazem parte da vida de todos nós. O desenvolvimento das redes sociais transformou a forma como vemos e como procuramos informação. Cada vez mais as redes sociais, por meio de utilizadores comuns, são os primeiros veículos de informação que, mais tarde, atingem os meios de comunicação tradicionais (Smith, 2014). Giustini (2016) defende que sendo a Web 2.0 uma das tecnologias mais influentes, um espaço moderado por um especialista, um médico, como repositório de conhecimento e informação pode ser a resposta para as desigualdades de acesso à saúde que se verificam pelo mundo fora.

A par deste desenvolvimento social que as redes sociais proporcionam, surgem constrangimentos que precisam ser acautelados. Tomemos como exemplo o incidente envolvendo um avião A380 da Qantas que teve uma falha no motor, em 2010. Antes sequer que a companhia aérea tivesse conhecimento do incidente, uma pessoa viu-o e partilhou no twitter “airplane crash”. Apesar de o piloto ter aterrado o avião em segurança e não terem havido feridos, na altura que o avião aterrou havia uma cobertura mediática massiva, informando um desastre mortal (International Air Transport Association, 2014).

Estes acontecimentos demonstram a necessidade que as organizações dos nossos dias têm em monitorizar as redes sociais e, desde logo, controlar qualquer crise que se possa daí desenvolver. O nosso estudo surge no âmbito desta necessidade, tendo em conta que as instituições hospitalares portuguesas poderão não estar despertas ainda para a mesma. Partimos da questão de investigação: que elementos devem constar num modelo de gestão de crise nas redes sociais para o setor hospitalar?

1.3 Objetivos da investigação

É objetivo deste estudo a criação de um modelo de apoio aos profissionais que fazem a gestão da comunicação na crise nas instituições hospitalares portuguesas, que permita:

- a. uma monitorização das redes sociais, em tempo útil, das notícias (sob as diferentes formas que podem surgir: comentários, artigos, difamações, entre outros), possibilitando uma atitude preventiva;
- b. fornecer um conjunto de linhas orientadoras sobre a gestão da crise envolvendo as instituições hospitalares, prevenindo o superdimensionamento das notícias negativas;
- c. fornecer um conjunto de soluções que permitam a monitorização e acompanhamento pós-crise;
- d. facilitar uma comunicação eficiente nas crises em saúde.

1.4 Relevância do estudo

Este estudo enquadra-se na necessidade de estabelecimento de um modelo flexível para apoio à gestão da comunicação na crise. As instituições de saúde, ao contrário do que acontece na indústria/serviços, não têm estruturas de comunicação bem definidas o que, nos

casos de crise, não permite uma abordagem eficiente e minimizadora. É necessário que estejam preparadas quer para potenciais crises, como para responder nos casos de desinformação (Dosemagen & Aase, 2016). Numa perspetiva de minimização do impacto das notícias negativas na imagem das instituições é uma mais-valia o estabelecimento deste modelo que se centra nas crises originadas ou superdimensionadas pelas redes sociais.

1.5 Limitações do estudo

Dado o número elevado de instituições de saúde em Portugal, o estudo foi limitado às instituições hospitalares públicas.

1.6 Organização da dissertação

No primeiro capítulo *Introdução*, fazemos uma abordagem ao tema da dissertação, contextualizando-o, descrevendo o problema que nos levou a desenvolvê-lo, identificando os objetivos, explicando a sua relevância e limitações.

No segundo capítulo *Gestão hospitalar e comunicação em saúde*, fazemos uma contextualização da situação da gestão nas instituições hospitalares; abordamos os vários tipos de gestão e consequentemente diferentes propósitos e objetivos das mesmas até chegar à gestão atual, mais empresarial e mais centrada no utente/doente; a evolução leva a novos desafios e os novos desafios levam à necessidade de uma comunicação eficaz e eficiente. Neste capítulo abordamos ainda a gestão da crise e os consensos atuais sobre a mesma.

No terceiro capítulo *Saúde 2.0* abordamos a evolução da Web para Web 2.0; as características da Web 2.0, as suas ferramentas e mais-valias no processo comunicativo. Abordamos as comunidades virtuais em saúde e direcionamos a gestão de crise especificamente nas redes sociais.

No capítulo *Metodologia* apresentam-se as opções metodológicas aplicadas à investigação; caracterizam-se os participantes do estudo e apresenta-se a forma de tratamento de dados.

No capítulo *Apresentação e análise de resultados* apresentam-se os resultados obtidos. Com base na revisão de literatura e nos resultados obtidos no estudo é apresentado o modelo de gestão de crise nas redes sociais para o setor da saúde.

No capítulo final, *Conclusão*, são apresentadas as conclusões do estudo e apontadas sugestões para investigação futura.

2. Gestão hospitalar e comunicação em saúde

No presente capítulo é feita a contextualização e explicada a necessidade de um modelo de comunicação. Para tal, é apresentada a evolução da gestão hospitalar (2.1), mostrados quais são os novos desafios com que o setor da saúde se depara (2.2), é feita uma abordagem à comunicação especificamente no setor da saúde (2.3) e apresentada a gestão de crise (2.4).

2.1 Evolução da gestão hospitalar

Segundo Graça (2005), na Grécia antiga, séc. V a.C., a “medicina” era praticada por sacerdotes uma vez que o semideus da medicina – Asclécio – era a divindade curativa de então. Para tal haviam santuários que lhe eram dedicados, onde se prestava culto a este deus curativo. Asclécio era um herói homérico, filho de Apolo com uma mortal e que se tornara portanto num semideus da medicina. O culto a Asclécio teve duração até ao princípio da cristianização do império romano. O poder de curar era visto como um poder mágico-religioso, independentemente de quem o praticava: médicos, feiticeiros ou sacerdotes. Não havia nesta altura uma instituição organizada onde se praticasse a medicina, mas vários locais de cultos e oferendas onde os peregrinos se dirigiam para cura dos seus “males”. A entrada nos templos era interdita aos moribundos e a parturientes. Com a evolução da medicina hipocrática, estes templos passam a enfrentar uma certa crise e os sacerdotes deixam de assumir apenas a atitude de terapeutas e servos do semideus, para assumirem uma postura mais ativa na cura dos pacientes. Os templos passam então a ser estabelecimentos sanitários, com tratamentos de águas termais e ginásios, e os sacerdotes passam a aconselhar os doentes, também com a base da medicina hipocrática. As filhas da figura mitológica de Asclécio eram Higia e Panaceia, personificações da saúde e terapêutica. Higia vem do grego *hygieia*, que significa saúde, é de onde deriva a palavra moderna higiene. Já aqui se entende que a higiene e as condições de salubridade conduzem a uma boa saúde. Panaceia vem do grego *panakeia*, de onde deriva a palavra panaceia – pretensão remédio universal para todos os males físicos e morais (Grande Enciclopédia Universal, 2004).

Na Roma antiga, a meados do séc. I d.C., surgiram os *valetudinarium* – hospitais de campanha (US National Library of Medicine, 2005). Apesar de não haverem provas arqueológicas da preocupação dos romanos com a medicina, isto é, não serem encontrados outros hospitais a não ser estes, eram, no entanto, muito preocupados com as condições de higiene e salubridade (Grande Enciclopédia Universal, 2004). Existia a limpeza das ruas, banhos públicos, redes de esgotos, entre outros (Graça, 2005).

Foi já tardiamente na Idade Média que apareceu esta figura do *hospital*. Ainda não se podem considerar estas instituições como o hospital moderno, estabelecimento onde se recebem e tratam doentes. Nessa altura, a medicina não se praticava em hospitais na nossa conceção moderna, mas nos domicílios e chegava apenas

aos mais abonados, os hospitais eram locais de assistência aos mais carenciados e, essencialmente, controlados pela Igreja. Uma vez que dominava o pensamento cristão da caridade, a Igreja tomava como sua missão cuidar dos carenciados (não só fisicamente), mas também dos mendigos. Então, o hospital era um misto de albergue e residência de desfavorecidos. Nestes locais tanto se tratava do corpo como da alma, sendo a doença e a pobreza vistas como desígnios divinos, cabia aos mais afortunados cuidar destes “pobrezinhos” para ganhar reconhecimento das obras feitas perante Deus. As instituições sobreviviam pela generosidade dos ricos, que as financiavam. A primordial época cristã veio trazer enorme retrocesso ao que acontecia na época da Roma e Grécia antiga. Não só as condições de higiene e salubridade eram assustadoras, mas também o olhar sobre a medicina voltou a estar repleto de superstição. A medicina como arte mágico-religiosa proliferou. A doença passou a ser vista como um castigo pelo pecado. Deste conjunto de condições se explica a grande quantidade de pestes e doenças que assolaram a Europa. As Instituições tinham dois princípios básicos: assistência aos doentes pobres e controlo social dos comportamentos desviantes (mendicidade, pobreza, demência, entre outros). Este conceito de Hospital, onde se “internam” mendigos e vagabundos, se tenta ensinar-lhes um ofício e se obriga a ir à missa foi uma notória intervenção do Estado que alterou, em parte, a vertente caridosa das instituições, para uma função policial controladora (Graça, 2005).

A cidade de Salerno (Itália) era famosa pela sua escola médica. Desta escola saiu a publicação *Regime de Saúde da Escola de Salerno* (em latim, *Regimen Sanitatis Salernitanum*). Este tratado, do século XII ou XIII, foi largamente divulgado por toda a Europa e perpetuou-lhe a fama de "cidade hipocrática". A sua principal função era contrariar a grande morbilidade de então, disseminando a ideia de que mais do que curar a doença é necessário preveni-la pela adoção de comportamentos, ambientes e estilos de vida saudáveis (Fagundes & Santos, 2010). Para a escola hipocrática o prognóstico precedia o diagnóstico, e este precedia a decisão terapêutica. Ainda assim, Hipócrates via a medicina com uma grande limitação; as primeiras palavras do seu livro *Aforismos* são: “A vida é curta e a arte (de curar) é morosa; a oportunidade é efémera, a experimentação perigosa e a decisão difícil”. Foi apenas a partir do séc. XVI que se começaram a contestar as posições antigas da medicina religiosa, e se começaram a desenvolver inúmeros estudos e descobertas que iriam transpor a medicina para o campo científico. Figuras como Pasteur, Koch e Bernard tiveram importância crucial nesta alteração de mentalidades (Graça, 2005). De notar que os

hospitais de então não se abriram às novas descobertas uma vez que, envolvidos na Igreja, sofriam enorme pressão religiosa (Graça, 2005).

Em Portugal, tiveram destaque primordial as Misericórdias. A de Lisboa foi a primeira a ser fundada, em 1498. Até 1525, ano da morte de D. Leonor, foram fundadas 61 misericórdias (Santa Casa da Misericórdia de Mourão, 2016). Assim, as misericórdias portuguesas ultrapassaram o milénio de existência e há que dar valor à sua capacidade de resistência durante todos os períodos conturbados que Portugal passou. Também estes organismos eram direcionados para o acolhimento dos mais desfavorecidos, como estão descritos nas 14 obras de misericórdia (7 espirituais e 7 corporais): dar de comer a quem tem fome, dar de beber a quem tem sede, vestir os nus, entre outros (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2014).

A Revolução Francesa trouxe uma nova perspetiva sobre a responsabilidade do Estado na assistência aos doentes e necessitados, mas a laicização dos hospitais levou a um grave problema de escassez de recursos, uma vez que estes eram provenientes da Igreja e da beneficência. A mudança de mentalidade Europeia irá gradualmente mudar a conceção de assistência na doença:

- em 1946 foi publicado na Inglaterra o *Insurance Act* e o *National Health Service Act*, mais tarde, em 1948, dele derivaria o *National Health Service* (NHS), financiado pelo orçamento de Estado (The National Archives, s.d.);
- em 1945, em França, foi criada a *Sécurité Sociale* com o objetivo de assegurar meios de subsistência a todos os cidadãos com incapacidade para o trabalho (Sécurité Sociale, 2011);
- em 1948 foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), no âmbito das Nações Unidas (World Health Organization, 2016).

A OMS teve um papel preponderante na alteração da missão dos hospitais para medicina curativa, foi neste momento que a responsabilidade por todas as vertentes da sua organização passou a ser do médico.

Em Portugal, no Hospital Real de Todos o Santos, em consonância com a tradição das misericórdias, o provedor ou enfermeiro-mor (que correspondia ao enfermeiro chefe) era escolhido das elites próximas ao poder. Curiosamente os médicos só passam a fazer parte destas elites muito mais tarde, a partir da segunda metade do século XIX. Até ao final do Antigo Regime a autoridade do Hospital não pertencia, portanto, aos médicos. José da

Câmara Curry Cabral (1844-1920), foi nomeado enfermeiro-mor do Hospital de São José no período de 1900-1910, sendo este um médico formado na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Foi com a República que se verificou uma alteração mais marcada na gestão dos hospitais para o domínio da elite médica. Em 1911 foram criadas as Faculdades de Medicina de Lisboa e do Porto, até então existia apenas a de Coimbra. Em 1938 é criada a Ordem dos Médicos, sendo este um período em que a elite médica estava profundamente envolvida não apenas na gestão hospitalar mas também na política. Em 1911, 23% da Assembleia Constituinte era composta por médicos, a classe profissional mais representada, denotando-se aqui a forte influência política que detinham (Graça, 2005).

Só em 1971 foi criada, em Portugal, a carreira de administrador hospitalar, sendo estes profissionais com formação académica direcionada para as suas funções. Ainda assim, o Diretor dos Hospitais continuou por mais algum tempo a ser médico, conforme a tradição.

Surgiu uma grande mudança na Europa depois da II Guerra Mundial: a função dos hospitais deixar de ser tendencialmente hoteleira e passar a ter como objetivo primordial a prestação de cuidados de saúde. O direito à saúde e o facto de o Estado-Providência assumir a saúde como sua responsabilidade fez aumentar o número de acessos aos Hospitais pelos cidadãos. A par desse aumento obrigatoriamente aumentou a necessidade de profissionais e os custos com a saúde. A saúde passou a ser um problema do Estado. O conceito de saúde foi alterado, e passou a ser muito mais abrangente, não se delimitando à ausência da doença. Segundo a OMS, boa saúde é um estado de pleno bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (World Health Organization, 2003). Regressando até aos primórdios gregos, volta a dar-se importância à prevenção da doença e aos estilos de vida saudáveis. A preocupação com os custos levou a uma nova forma de gestão hospitalar. As instituições tornaram-se mais direcionadas para o aumento do lucro e melhor gestão da despesa, sofreram mudanças fundamentais na sua estrutura. Estas instituições passaram a ser encaradas como empresas e, como tal, houve a necessidade de introduzir modelos de gestão adequados, bem como gestores profissionais. Abandonou-se a visão de prestação de assistência para uma visão de produção de cuidados de saúde. A saúde é alvo de diversos fatores de pressão: o envelhecimento da população que leva a novos desafios em saúde, o crescimento do rendimento disponível que provoca maior procura, maior produtividade médica (maior oferta conduz a maior procura) são alguns exemplos dessa pressão. Assim, é imperativo intervir para garantir a sustentabilidade, uma primeira

linha de intervenção será na procura de maior eficiência operacional e na redução do desperdício. Torna-se, então, necessário racionar (Barros, 2013).

A empresarialização das instituições de cuidados de saúde trouxe uma alteração profunda aos modelos de gestão existentes, decorrente do Decreto-Lei 19/88 de 21 de janeiro, que aprovou a nova lei de gestão hospitalar, e do Decreto Regulamentar nº 3/88 de 22 de janeiro (Boquinhas, 2012). As alterações provocadas com transformação dos anteriores hospitais autónomos em empresariais levam ao estabelecimento de políticas orientadas para a satisfação do cliente. A tentativa de otimização de recursos também foi uma das consequências e, para tal, procurou-se reduzir o número de funcionários, aumentar a sua carga horária, estabelecer progressão com base na produtividade e atribuir-lhes maior mobilidade (Ferreira & Silva, 2012). A ambição era ampliar a competitividade dos hospitais no mercado, para tal procurou-se também fixar os melhores profissionais. Esta última medida teve, no entanto, diversos constrangimentos, nomeadamente no que diz respeito aos processos de negociação contratual e salarial, devido às contenções orçamentais a que estas instituições se encontram sujeitas (Costa, 2012). As políticas instituídas vieram aumentar a incerteza laboral e facilitar a substituição e mobilidade dos colaboradores. Desta forma houve um comprometimento das relações interpessoais e do trabalho em equipa uma vez que, face a esta alteração de políticas houve um aumento da competitividade entre os colaboradores de modo a assegurarem a sua permanência na organização. Este tipo de competitividade pode ser problemática, uma vez que pode afetar a qualidade dos cuidados prestados (Pinho, 2006).

A nova forma de gestão hospitalar é, por si só, geradora de alguns conflitos, uma vez que houve uma quebra com a gestão tradicional, liderada por especialistas e técnicos da saúde. Há, no entanto, um novo enfoque na qualidade de cuidados e hotelaria hospitalar. Neste último modelo de gestão, são incluídos os gestores/administradores hospitalares no topo da pirâmide de gestão das instituições (Boquinhas, 2012).

2.2 Os novos desafios na saúde

Os novos modelos de gestão na saúde geram conflitos entre as diferentes subculturas profissionais. Esse conflito é muitas vezes causador de insatisfação o que, associado a mais

horas de trabalho, menos recursos financeiros, mais enfoque na produção, leva a uma certa desumanização da saúde (Vendemiatti, Siqueira, Filardi, Binotto, & Simioni, 2010).

A desumanização da saúde é um tema em discussão acesa, nomeadamente entre os bioeticistas. Prova disto é a publicação da carta da humanização do Centro Hospitalar São João do Porto, publicada ainda em 2009 (Centro Hospitalar São João, 2009).

A concorrência entre o setor privado e o público começa também a ganhar forma. Segundo Mateus (2008), a insatisfação dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem levado à procura de sistemas de saúde alternativos, de que são exemplo os seguros de saúde.

Os utentes/doentes estão cada vez mais informados e como tal o seu nível de exigência aumentou face a algumas décadas atrás. Notemos que o acesso massificado à Internet permitiu que as instituições e organizações de saúde publicassem notícias e informações relevantes acessíveis a todos os cidadãos, como é o caso do website da Direção-Geral de Saúde (DGS), da OMS, websites de associações de especialidades médicas, entre outros. A informação está acessível a todos sendo fácil chegar até ela. A comunicação social também tem grande influência na informação ao cidadão tendo, porém, em conta que nem sempre esta informação é fidedigna.

A OMS defende que a literacia em saúde deve ser provida. A definição de literacia em saúde compreende as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos de aceder, compreender e usar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde. Literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler folhetos e tirar apontamentos. A literacia em saúde é crítica para o empoderamento – *empowerment* – do cidadão, ao promover a melhoria do acesso das pessoas à informação, bem como da sua capacidade de a usar com eficiência (World Health Organization, 2016).

A capacidade de os profissionais de saúde criarem laços empáticos com os doentes está talvez, mais do que nunca, comprometida. A carga burocrática no atendimento ao doente é grande. O registo clínico eletrónico assumiu uma grande importância e são, cada vez mais, os doentes/utentes que se queixam da pouca atenção de que são alvos. Na conferência americana de médicos de família em 2015, Abraham Verghese, fez a sua apresentação com um convite para que os médicos se “refocassem” no doente (Verghese, 2016). Apresenta a necessidade de processos clínicos eletrónicos completos e fidedignos, mas a par dessa importância surge a necessidade de focar a atenção no doente. Entre as muitas queixas dos doentes/utentes, é recorrente a queixa pela falta de atenção. Verghese refere que “o iDoente

está a conseguir ser muito bem tratado em todo o país. Mas o doente real pergunta onde raio está toda a gente e quando é que lhe vão dizer o que se passa” (Verghese, 2016). Este é, sem dúvida, mais um desafio para os profissionais de saúde: não perder a humanização dos cuidados, quando as exigências à volta dos cuidados consomem grande parte do seu tempo.

Acrescido a estas questões surge também o tão falado “risco clínico”, que assumiu grande relevância na discussão em saúde nos últimos anos (Fragata, 2006). Inicialmente não sendo um tema que a população em geral entendesse é, presentemente, notícia a que os órgãos de comunicação social recorrem com frequência. A título de exemplo, lembramos que no dia 15 de março de 2016, foi apresentado o Relatório: Portugal – Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos em Números 2015, no próprio dia e nos dias seguintes foram muitas as manchetes de jornais e as peças de noticiários que se dedicaram a este tema (e. g. jornal Público, jornal Diário de Notícias, estação de televisão TVI24). É facto conhecido que cuidados de saúde com maior qualidade reduzem os custos, uma vez que reduzem a morbilidade do doente. No entanto, apesar de todos os cidadãos esperarem o melhor que os serviços de saúde têm para oferecer, quando deles necessitam, há que ter em conta que os recursos são limitados. Não é possível que o melhor cirurgião opere todos os doentes da sua especialidade (Fragata, 2006). Assim, é natural que surjam frustrações e incompreensões por parte dos doentes, que com muita dificuldade poderão entender o contexto complexo de uma instituição hospitalar.

Pelo mundo inteiro, e nomeadamente no nosso país, temos experimentado uma crise financeira que, também ela, tem sido causadora da alteração de comportamentos dos cidadãos, nomeadamente no que diz respeito às suas expectativas de acesso aos cuidados de saúde. As piores condições económicas levam a maiores necessidades de cuidados de saúde. A juntar a esse facto, a pior condição financeira dos utentes/doentes, leva a uma expectativa de gratuidade do sistema, o que nem sempre se verifica. Em Portugal, numa tentativa de moderar a procura de saúde, foram introduzidas as taxas moderadoras. A falta de respostas sociais eficientes para os problemas atuais também vêm agravar esta situação. A crise económica leva à escassez de recursos humanos e técnicos o que provoca, entre outras situações, um aumento das listas de espera. Todos estes fatores têm influência no comportamento dos utentes/doentes e dos profissionais de saúde (Boquinhas, 2012).

Por outro lado, assistimos nos últimos anos ao aparecimento da Web 2.0, não se trata de uma nova versão da *World Wide Web*, mas sim de uma nova forma de utilização. Se há

alguns anos a Internet era um espaço onde íamos buscar informação, nos nossos dias qualquer utilizador é simultaneamente produtor de conteúdos (Primo, 2007).

Muitos utentes procuram a informação sobre a sua condição de saúde na Internet, em redes sociais, fóruns, entre outros; nem sempre estas fontes são fidedignas o que leva ao aumento da desinformação. Segundo o estudo de Moreira e Pestana (2012), existem diversos fatores que levam as pessoas doentes a procurar estes locais de apoio/informação: pouca disponibilidade dos profissionais de saúde para os acompanhar e informar; porque têm muitas dúvidas sobre as doenças; para se sentirem integrados; pelo anonimato.

Estes são alguns dos fatores que têm tornado a prestação de cuidados de saúde cada vez mais desafiadora. Num mundo onde os cidadãos são mais informados, mais inconformados e onde os profissionais se encontram maioritariamente insatisfeitos; num mundo onde o setor público e privado começam a estabelecer uma relação concorrencial; numa conjuntura em que as condições financeiras do país têm vindo a degradar a prestação de cuidados de saúde; num mundo onde os cidadãos com facilidade expõem as suas reclamações na Internet; a prestação de cuidados de saúde torna-se um grande desafio de gestão da comunicação nas Instituições.

2.3 A comunicação na saúde

O facto de as populações se encontrarem afastadas da governação das instituições, bem como a necessidade de haver linhas orientadoras que definam os princípios gerais da boa governação, levou a Comissão Europeia a publicar o *European Governance - A White Paper* (Livro Branco sobre a Governação Europeia). No seu primeiro parágrafo, o livro mostra um dos grandes problemas da atualidade:

Nos nossos dias, os líderes políticos por toda a Europa enfrentam um paradoxo real. Por um lado, os europeus pretendem que eles encontrem soluções para os maiores problemas com que as nossas sociedades se confrontam. Por outro lado, cada vez mais as pessoas desconfiam das instituições e dos políticos, ou simplesmente não estão interessados neles (European Commission, 2001).

Como resultado dos inúmeros escândalos financeiros na governação das instituições esta criação de mecanismos de controlo, de monitorização e o estabelecimento de princípios de boa prática governativa tornou-se fundamental.

Seguindo o exemplo da União Europeia e do NHS, outras sociedades têm tentado estabelecer princípios de boa governação. Em Portugal, o Instituto Português de *Corporate Governance* publicou em 2006 o Livro Branco sobre *Corporate Governance* em Portugal.

Aliada à fraca confiança que a população tem nas instituições e nos políticos é, ainda, relevante ter em conta os efeitos negativos das notícias de escândalos na memória coletiva. A nossa memória não é uma base de dados linear e fidedigna e é muito possível, e muito frequente, que um episódio esporádico que teve grande impacto no público se sobreponha a vários episódios moderadamente bons que não foram marcantes (Kahneman, 1999).

Não é possível aproximar os cidadãos, melhorar a sua perspetiva sobre as instituições e integrá-los no processo de mudança sem um plano de comunicação bem delineado, fundamentado e coerente para que produzam os resultados desejados. É necessário entender a comunicação em saúde numa variedade de contextos, de relacionamentos organizacionais e com a comunicação social, e como a comunicação nestes vários contextos pode ajudar a melhorar os resultados de saúde (Wright, Sparks, & O'Hair, 2012).

Também na saúde, e na sequência da falência de cuidados médicos prestados às populações, a Inglaterra publicou em 1997 o *The New NHS Modern, Dependable* (o Livro Branco da Saúde do *National Health Service*). Os seus fundamentos para a modernização do sistema eram seis (Department of Health UK, 1997):

1. primeiro, renovar o NHS como um serviço nacional genuíno, com acesso justo dos cidadãos a um serviço de saúde consistente, com alta qualidade, sem demora e acessível em todo o país;
2. mas em segundo, prestar estes cuidados com responsabilidade local segundo os padrões nacionais. Os médicos e os enfermeiros são quem melhor conhece as necessidades dos doentes e, como tal, estarão na melhor posição para moldar os serviços;
3. terceiro, fazer com que o NHS funcione em parcerias, quebrando as barreiras organizacionais, forçando melhores ligações com as autoridades locais, colocando os interesses dos doentes no centro do processo de cuidados;

4. mas quarto, melhorar a eficiência, através de um processo mais rigoroso e de cortes na burocracia, de forma que todo o dinheiro gasto seja efetivamente na melhoria dos cuidados ao doente;
5. quinto, mudar o enfoque para a qualidade, de forma a garantir excelência de cuidados a todos os doentes. A qualidade deve ser a força motora na tomada de decisão em todos os níveis de cuidados;
6. e sexto, reconstruir a confiança pública no NHS, responsável para com os doentes, aberto ao público e moldado pelas suas opiniões.

A comunicação é o processo através do qual transmitimos e recebemos informação. Usando ferramentas verbais e não-verbais, o emissor usa este processo para transmitir informação ao recetor, com vista à modificação do seu comportamento. Para que exista comunicação é necessário que o recetor entenda a mensagem que lhe foi transmitida e que exista mensagem de retorno (Ferreira, Neves, Abreu, & Caetano, 1996). É neste âmbito que se torna necessário às organizações promover uma estratégia de comunicação, de tal forma que as mensagens da organização produzam retorno do seu público, isto é, para uma empresa de venda de serviços a prova de um processo comunicativo eficaz é os seus anúncios gerarem procura por parte dos clientes. A comunicação tem alguns objetivos definidos (Thomas, 2006):

1. promover ações;
2. dar a conhecer necessidades e requisitos;
3. trocar informações, ideias, atitudes e crenças;
4. procurar entendimentos;
5. estabelecer e manter relacionamentos.

Podemos entender a comunicação na saúde em duas vertentes distintas. Por um lado o desenvolvimento de estratégias que influenciem os cidadãos no que respeita aos conteúdos de saúde e por outro lado o desenvolvimento de planos de comunicação internos (dentro das instituições, entre a gestão de topo e os colaboradores) e externa (entre as instituições e os cidadãos). Em países como os Estados Unidos da América, com sistemas de saúde maioritariamente privados a comunicação das instituições de saúde é vista como uma ferramenta essencial e indispensável (Ruão, Lopes, Marinho, Pinto-Coelho, & Fernandes, 2012).

A comunicação em saúde tem vindo a desenvolver-se nos últimos vinte e cinco anos, sendo muitas vezes utilizada para a promoção da saúde. No entanto, este é um campo difícil: os meios de comunicação são muitos, as notícias nem sempre são corretas e fundamentadas, e tudo isto sempre num contexto de assimetria de informação como é o caso da saúde (Kreps, Bonaguro, & Query, Jr., 1998).

Kotler, Shalowitz, & Stevens (2008) defendem que para planear estrategicamente a comunicação da instituição é necessário:

1. definir o negócio: conhecer a sua história e os seus objetivos, os objetivos da administração, o mercado envolvente e as competências que distinguem a instituição das outras à sua volta;
2. identificar os potenciais clientes;
3. definir o valor aceitável para a prestação do serviço;
4. definir os seus objetivos;
5. definir a estratégia para atingir os objetivos.

É muito importante perceber que a comunicação externa apenas funcionará quando houver uma boa comunicação interna e um conhecimento fundamentado dos colaboradores sobre a instituição. Gombeski, Taylor, Piccirilli, Cundiff & Britt (2008) definem uma estratégia comunicativa com base em três modelos:

1. importância da identificação de mensagens estratégicas;
2. implementação do modelo empresarial de comunicação;
3. modo de implementação de um processo de gestão da comunicação.

A Figura 1 mostra a importância da identificação de mensagens estratégicas.

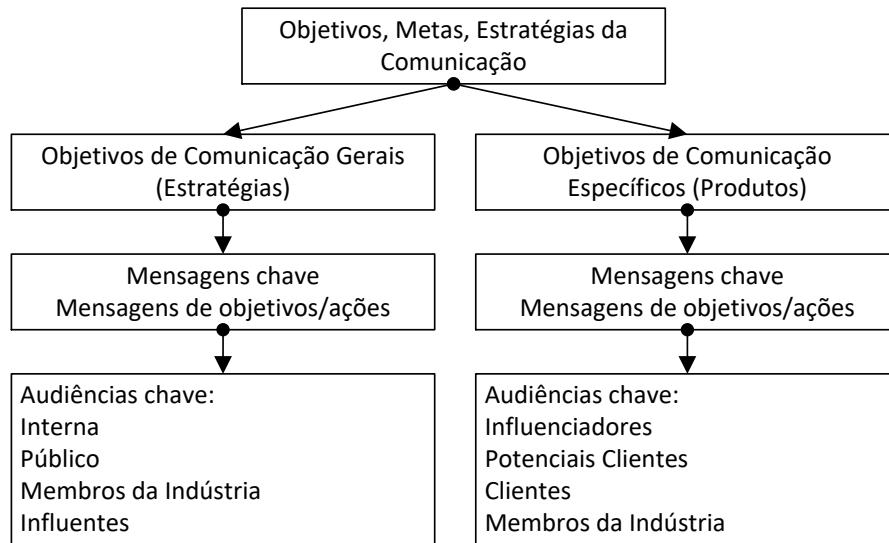


Figura 1. Identificação de Elementos Estratégicos de Comunicação, adaptado de Gombeski, Taylor, Piccirilli, Cundiff e Britt (2008)

A Figura 2 mostra como implementar o modelo empresarial de comunicação.



Figura 2. Modelo Empresarial de Comunicação, adaptado de Gombeski, Taylor, Piccirilli, Cundiff e Britt (2008)

A Figura 3 esquematiza o modo de implementação de um processo de gestão da comunicação.

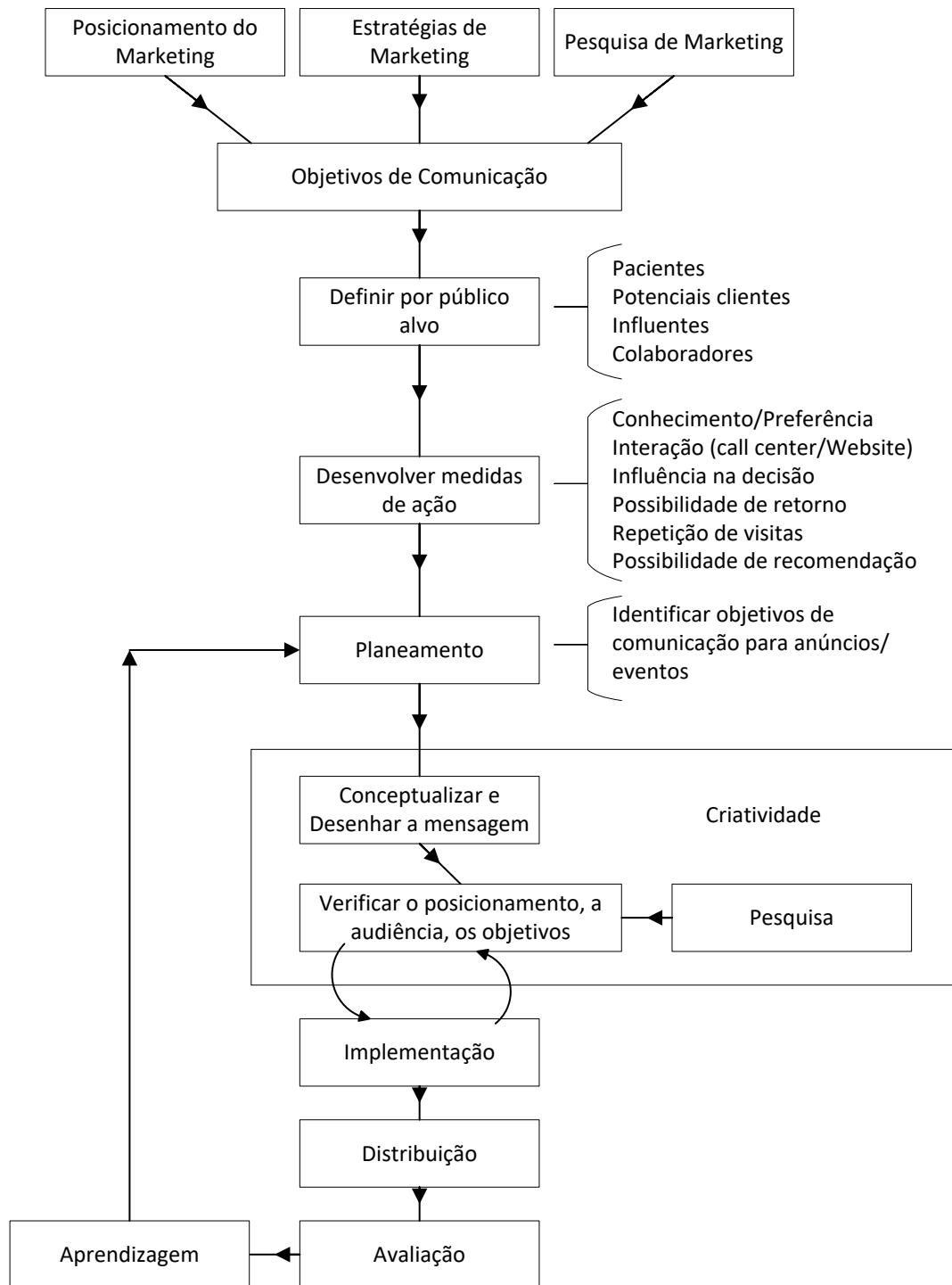


Figura 3. Processo de Gestão de Comunicação, adaptado de Gombeski, Taylor, Piccirilli, Cundiff e Britt (2008)

Os autores concluem que a implementação destes três modelos traz grande benefício à instituição. Simplifica as mensagens chave que a instituição quer fazer passar ao público, permite que todos os colaboradores falem a mesma linguagem, estejam preparados para comunicar com o público e passem essas mesmas mensagens chave, detendo um conhecimento transversal da instituição e do que esta tem para oferecer. Segundo Gombeski Jr., Taylor, Piccirilli, Cundiff, e Britt (2008), promove ainda um maior sentimento de pertença por parte dos colaboradores, levando a maior satisfação laboral, uma vez que defende que não são possíveis resultados positivos sem uma comunicação eficiente.

Apesar de estes passos serem definidos para organizações de saúde privadas, como acontece nos EUA, podemos entender, através das diferentes fontes que as estratégias comunicativas têm de ser pensadas, analisadas e planeadas. Não definir estratégias de comunicação implica falta de sentido de unidade, falta de coesão, que transparece para o doente/utente. Como já foi referido nos capítulos anteriores a insatisfação dos profissionais, aliada a uma estratégia comunicativa inexistente pode ter efeitos muito prejudiciais à instituição.

Talvez com o objetivo de colmatar esta falha, nos últimos anos têm-se vindo a desenvolver um conceito de assessoria de comunicação para as instituições de saúde. Equipas fundamentalmente compostas por jornalistas dão apoio a todo o processo comunicativo entre a instituição e as populações. Nem sempre os meios de comunicação social conseguem transpor para o meio noticioso um registo fidedigno da realidade, uma vez que a assimetria de informação é muito grande nesta área. Os efeitos de colocar especialistas na gestão da comunicação podem ser francamente positivos, uma vez que estes falam numa linguagem acessível ao público, mas há que considerar os efeitos largamente nefastos da desinformação. Assim, é necessário estabelecer sinergias entre os especialistas da comunicação e os especialistas da saúde de forma a obter a melhor resposta possível (Ruão, Lopes, Marinho, Pinto-Coelho, & Fernandes, 2012).

2.4 Gestão de crise

O dicionário Priberam (2013) define crise como “embaraço na marcha regular dos negócios” e também como “desacordo ou perturbação que obriga a instituição ou organismo a recompor-se ou demitir-se”.

As situações de crise fazem parte da nossa sociedade, com facilidade nos recordamos de momentos em que eventos dramáticos requerem ações imediatas. A crise pode surgir por uma catástrofe natural, por exemplo o furacão Katrina em 2005; pode surgir por ação humana como guerras, por exemplo a Guerra da Bósnia iniciada em 1992 e que só foi terminada em 1995, ou ataques, por exemplo o ataque ao *World Trade Center* em 2001; pode surgir por questões de saúde pública, por exemplo o surto de doença por vírus Ébola em 2014. Todos os exemplos dados foram de situações que estão na memória coletiva e que, com facilidade, nos recordamos deles. Diversos são os fatores que potenciam uma crise, mas existe a necessidade de lidar com estas situações logo que elas se iniciam. As crises traduzem-se em momentos que conturbam a vida quotidiana, geram stress coletivo e podem ter a capacidade de alterar a forma como vivemos. Damos como exemplo o ataque ao *World Trade Center* que teve um impacto profundo na segurança aeroportuária. O estudo e a investigação das crises passadas pode ajudar na construção de estratégias para lidar com crises futuras (Rosental, Boin, & Comfort, 2001).

Os peritos defendem que quando estudamos e quando estamos envolvidos na gestão de uma crise devemos considerar que estamos perante uma situação multidisciplinar e multifatorial. Como tal, devemos ter em conta aspetos diversos como a psicologia, teoria sociopolítica e mesmo as estruturas físicas e tecnológicas (Pearson & Clair, 2008).

As Organizações também se deparam com crises que, não tendo o impacto global das que exemplificámos acima, têm, ou podem ter, grande impacto na própria organização e no seu futuro. Pearson e Clair (2008) definem uma crise organizacional como um evento de baixa probabilidade e grande impacto que ameaça a viabilidade da organização e que é caracterizado pela ambiguidade da sua causa, efeito e meios de resolução, bem como um sentimento de que as decisões têm de ser tomadas com celeridade. Torna-se imprescindível que as organizações definam modelos de gestão de crise que lhes permitam lidar com as situações quando estas efetivamente ocorrem. A comunicação desempenha um papel crucial na gestão de crises. De igual forma, estes modelos devem permitir detetar uma potencial crise com o objetivo de a controlar antes de efetivamente acontecer (Mitroff, Pauchant, & Shrivastava, 1988). Os autores propõem um modelo preventivo de gestão de crise (Figura 4).

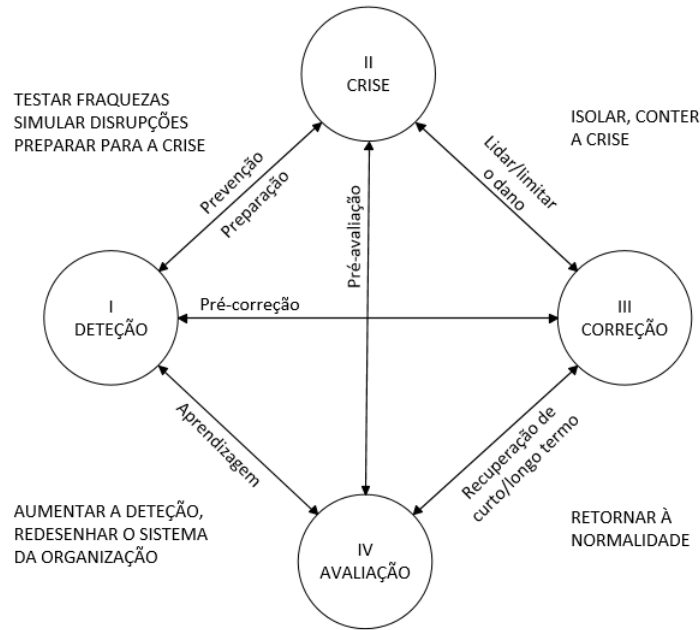


Figura 4. Modelo preventivo para gestão de crises, adaptado de Mitoff, Pauchant e Shrivastava (1988)

Comfort (2007) defende que a construção de um modelo de gestão de crise eficaz reside na capacidade humana de reconhecer e corrigir erros passados. Esta autora acrescenta uma nova variável às variáveis comuns da gestão de risco – os três C (comunicação, coordenação e controlo), a cognição, isto é a capacidade de reconhecer o nível de risco a que estamos expostos e agir de acordo com essa informação. Ao estudar a resposta das autoridades americanas ao furacão Katrina, em 2005, a autora entende que o problema não foi falta de comunicação, uma vez que as agências públicas divulgaram a informação a tempo de se organizar uma resposta; o problema foi a capacidade de reconhecer o nível de risco que o furacão apresentava.

Sapriel (2003) mostra no seu artigo que a maioria das crises nos negócios são súbitas ou latentes e que a sua maioria resulta da inação ou negligência da administração; o que, mais uma vez realça a necessidade de haver um planeamento da gestão de crise (Figura 5).

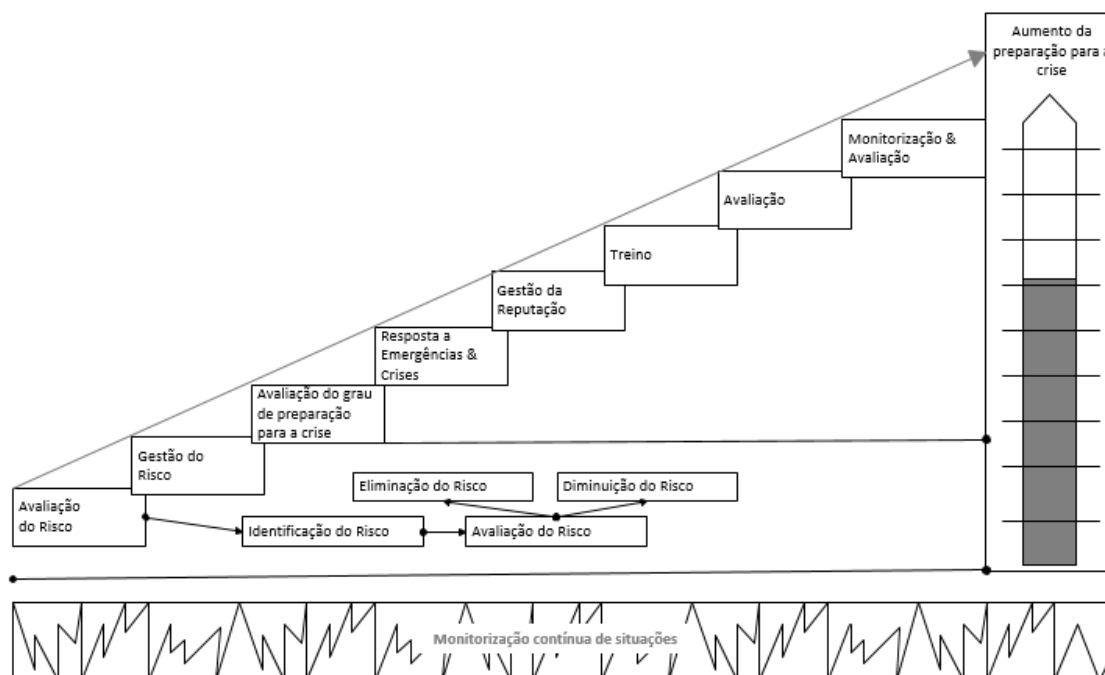


Figura 5. Planeamento do processo de gestão de risco e crise, adaptado de Sapriel (2003)

Para terem capacidade de fazer face a crises, as organizações têm de preparar as equipas, garantindo:

1. a avaliação contínua de riscos e problemas;
2. a elaboração e experimentação de processos;
3. o treino e a prática;
4. uma abordagem estratégica (Sapriel, 2003).

E acima de tudo ter o compromisso de fazer o correto, ter uma liderança forte e comunicar e fazer a mensagem chegar ao público e aos responsáveis. Tudo isto assente numa forte dinâmica de comunicação (Sapriel, 2003).

Sendo uma tarefa tão difícil e exigente é imperativo ter a capacidade de aprender e adaptar durante uma crise. No entanto, Moynihan (2008) enumera algumas das barreiras que dificultam a aprendizagem efetiva durante uma crise:

1. a aprendizagem por tentativa e erro não é aceitável durante uma crise dadas as graves consequências que daí podem advir;
2. as crises não requerem uma aprendizagem organizacional, mas sim inter-organizacional;
3. existe falta de experiências relevantes que sirvam de base para a ação;

4. o âmbito da aprendizagem nestas situações é muito maior do que em situações rotineiras;
5. a ambiguidade de experiências anteriores leva a aprendizagens falhadas e inadequadas;
6. as crises limitam o foco e o processamento de informação;
7. reciclar soluções antigas para problemas novos;
8. a dinâmica política leva a negociações e a decisões subótimas;
9. as crises provocam atitudes defensivas e negação do problema, responsabilidade ou erro;
10. as crises provocam oportunismo quando os participantes se focam no seu papel individual.

Apesar da importância de aprender com as crises, a sua ambiguidade inerente pode provocar múltiplas lições falsas e contraditórias, então será importante ter também a capacidade de aprender durante uma crise (Moynihan, 2008). O autor explica a mais-valia na implementação de vários métodos de aprendizagem:

1. experiência virtual: simulação de crises permite identificar que categorias de lições são adequadas para preparar e treinar;
2. aprender com os outros: concentrar diversas fontes de informação provenientes de peritos identifica que capacidades são passíveis de aprendizagem e que capacidades devem ser deixadas para especialistas;
3. sistemas de informação: criam sistemas de informação atualizada que permitem monitorizar, alocar recursos e cumprir tarefas;
4. fóruns de aprendizagem: garantem a partilha e discussão da informação de forma regular o que molda as decisões operacionais;
5. procedimentos operacionais standardizados: permitem construir e divulgar procedimentos rotineiros, não existentes previamente e que facilitam a tomada de decisão perante cenários de incerteza;
6. aprender com o passado: sistemas de gestão genéricos são mais fáceis de transmitir, portanto é positivo retirar lições do passado tendo sempre em conta as diferenças com o presente.

No setor da saúde os casos de gestão de crise normalmente relacionam-se com situações de saúde pública. Em Portugal, temos vários exemplos recentes como: a situação

da Pandemia de Gripe A em 2009; o surto por vírus Ébola em 2014/2015; ou ainda o caso de surto da *Legionella* em 2014. Verificamos que, em qualquer um destes casos:

- a. a comunicação foi sempre centralizada na pessoa do Diretor-Geral da Saúde e/ou dos Ministros da Saúde,
- b. os comunicados eram frequentes,
- c. foram emanadas diretivas tanto para a população em geral, como para as instituições de saúde, informando como proceder.

Desta forma, foi controlado o pânico que estas situações têm capacidade de provocar. No caso da doença por vírus Ébola foi feito um vídeo demonstrativo à população com a participação de uma artista amplamente conhecida no país. No entanto, quando vemos a crise a nível local, quantas instituições estarão realmente preparadas para a controlar? Quantas instituições saberão como proceder?

Segundo Covello (2010), a comunicação de crise na saúde deve ser feita com base nas seguintes linhas mestras:

1. aceitar e envolver todos os intervenientes como parceiros legítimos;
2. ouvir as pessoas;
3. ser verdadeiro, honesto, franco e aberto;
4. coordenar, colaborar e estabelecer parcerias com outras fontes credíveis;
5. ir ao encontro das necessidades da comunicação social;
6. comunicar com clareza e empatia;
7. planear tudo cuidadosamente.

3. Saúde 2.0

O capítulo Saúde 2.0 funde duas questões: a Web 2.0 e a Saúde. Apresentamos a Web 2.0 e as redes sociais (3.1), o papel da Web 2.0 na saúde (3.2), as redes sociais e as comunidades virtuais (3.3) e, por fim, apresentamos a gestão de crise focada diretamente nas redes sociais, tomando em conta as particularidades destes meios (3.4).

3.1 A Web 2.0 e o poder das redes sociais

O conceito de Web 2.0 surgiu pela primeira vez numa conferência de brainstorming entre Tim O'Reilly e a MediaLive Internacional (O'Reilly, 2007). No mesmo artigo, O'Reilly define a Web 2.0 como a transformação da *World Wide Web* numa plataforma de trabalho, não rígida mas em constante mudança. As suas características vêm explicadas ao longo do artigo e podem ser resumidas da seguinte forma:

1. em vez de um software estático são fornecidos serviços dinâmicos com um desenvolvimento custo/efetivo;
2. controlo de fontes de dados únicas e difíceis de recriar, que se tornam mais ricas com a utilização pelas pessoas;
3. confiança nos utilizadores como participantes no desenvolvimento;
4. agregação da inteligência coletiva;
5. estimular a cauda longa (alcançar toda a Web e não apenas o seu centro) fomentando o auto-serviço;
6. software disponível em mais do que um dispositivo;
7. interfaces do utilizador, modelos de desenvolvimento e modelos de negócio mais leves.

Chaka (2010) analisa a Web 2.0 segundo quatro perspetivas que se complementam entre si:

1. **transição** – evolução da Web 1.0 para a Web 2.0;
2. **tecnologias** – Web 2.0 baseada em *software* social e oferta de conteúdos de valor acrescentado;
3. **ambiente** – funciona num ambiente social e colaborativo;
4. **mentalidade** – a visão da Web como canal de leitura, reflexão e escrita.

As diferentes perspetivas sobre a Web 2.0 convergem na mudança da ótica do utilizador apenas como consumidor mas também como produtor de conteúdos (Marques, 2011). Assim, na Web 1.0, apenas técnicos com conhecimento das linguagens de programação tinham a capacidade de criar conteúdos para a Web tais como páginas empresariais ou outras. A Web 2.0, baseada em ferramentas intuitivas e de fácil utilização permitiram que qualquer pessoa, mesmo sem conhecimentos técnicos, seja um produtor de conteúdos. Criar conteúdos Web 2.0 requer apenas seleccionar opções em alguns menus,

escolher o grafismo na oferta pré-definida, entre outros passos simples (Alexander & Levine, 2008). São exemplos dessas ferramentas os blogs, a Wikipédia, as redes sociais (Facebook, Twitter, etc.), Google Drive, Youtube, entre outras. São ferramentas que estão disponíveis online e não necessitam ser instaladas no computador.

Estas ferramentas permitem que o nosso trabalho esteja disponível em qualquer lugar e aumentam a interatividade entre os seus utilizadores (Marques, 2011).

Na educação, por exemplo, a Web 2.0 mostrou-se uma forma de estar mais próximo dos alunos e partilhar com eles conteúdos envolvendo-os na aprendizagem. A aprendizagem deixa de se confinar às quatro paredes da sala de aula e passa a estar disponível em qualquer lugar, a qualquer hora (Carvalho (Org.), 2008). A utilização destas ferramentas permite que alunos que se encontram noutros países frequentem cursos superiores, como é o caso da Universidade Aberta. As novas metodologias de e-learning permitem que os alunos sejam intervenientes no seu processo educativo (Marques & Carvalho, 2009).

Uma das ferramentas disponíveis na Web 2.0 são as redes sociais. A forma como nos relacionamos com os nossos amigos e como comunicamos com eles, e até mesmo a forma como trabalhamos, tem vindo a ser alterada mediante o aparecimento destas redes (Marques, 2011).

O desenvolvimento das redes sociais transformou a forma como vemos e como procuramos informação. Este facto torna-as extremamente poderosas. Cada vez mais as redes sociais, por meio de utilizadores comuns, são os primeiros veículos de informação que, mais tarde, atinge os meios de comunicação tradicionais (Smith, 2014).

As redes sociais, detêm um grande poder. A comprová-lo existe o facto de que apenas a rede social Facebook tinha, em março de 2016, tem mais de 1.000 milhões de utilizadores, 4,7 milhões em Portugal (Facebook, 2016).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2015), em Portugal, 70% dos utilizadores de Internet participam em redes sociais (acima da média europeia em 14 pontos percentuais).

Nem todos os utilizadores têm a mesma relevância nas redes sociais, desta forma é necessário perceber o impacto social online dos utilizadores. A página de Facebook do Cristiano Ronaldo, por exemplo, tem mais de 115 milhões de seguidores (dados de 15/07/2016).

Estes dados mostram-nos a importância das redes sociais na sociedade atual, e refletem a adesão crescente por parte dos utilizadores.

Existem diversos exemplos à escala mundial de acontecimentos em que as redes sociais tiveram o poder de superdimensionar. Consideremos, por exemplo, a destituição do presidente filipino Joseph Estrada em 2001, a coordenação da população passou pelo reencaminhamento de uma mensagem de texto que convocava todos a comparecer numa avenida central de Manila. Nessa semana foram enviadas cerca de 7 milhões de mensagens de texto. Este acontecimento marca a primeira vez que as redes sociais influenciaram uma mudança política drástica (Shirky, 2011). Nos nossos dias as redes sociais detêm poder sobre todas as vertentes da sociedade, inclusivamente a política. Os utilizadores expressam a sua opinião com maior facilidade; partilham conteúdos sobre personalidades que são para si relevantes; organizam-se em comunidades com uma facilidade e eficiência notáveis; promovem eventos e divulgam-nos. Os protestos na Síria que levaram ao início da guerra civil em 2011, foram amplamente divulgados e atingiram um elevado número de manifestantes através da utilização das redes sociais como meio de divulgação (Tavares, 2012). Da mesma forma, o mundo tem-se deparado com o enorme desafio de recrutamento de jovens para grupos extremistas através da sua propaganda divulgada nas redes sociais. Na China, depois do terramoto de maio de 2008, mães que perderam os seus filhos na catástrofe começaram a partilhar nas redes sociais os estragos, denunciando a corrupção no setor da construção civil que, até então, era oculto pelas autoridades (Shirky, 2011). O poder passa a estar, não nas mãos de uma rede social, mas nas mãos dos seus inúmeros utilizadores e na sua capacidade de coordenação. O desafio político e educacional é imenso.

Também existem exemplos da utilização das redes sociais no setor da saúde, ou das emergências públicas. Estas duas áreas estão sempre ligadas, sendo que uma emergência pública como uma catástrofe provoca uma emergência de saúde. No caso do furacão Sandy, pessoas presas em zonas sem acesso telefónico pediram socorro através das redes sociais. Em 2012, quando o furacão Sandy inundou Nova Iorque, provocando estragos que ascenderam aos 50 mil milhões de dólares: no espaço de 21 horas, 1.1 milhões de pessoas mencionaram a palavra “furacão” no Twitter; durante o ano 2012 “Sandy” foi o segundo tópico mais escrito no Facebook; pessoas sem eletricidade pediram o apoio das autoridades para emergências através das redes sociais (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism, 2012).

Quando temos em consideração todas estas potencialidades das redes sociais entendemos com facilidade o seu poder. As redes sociais empoderam o cidadão comum que, em rede, se sente mais confortável e confiante para partilhar o que considera correto e tomar participação ativa na sociedade atual. Associado a isto existe a capacidade de partilha nas redes sociais, isto é, um *post* pode ser partilhado infinitamente, por todo o mundo, o chamado efeito avalanche. Este é o poder das redes sociais.

3.2 O papel da Web 2.0 na saúde

Muitas são as ferramentas e as potencialidades da utilização da Web 2.0 no setor da Saúde. Como em todos os restantes setores da sociedade é uma vertente em expansão e em desenvolvimento. Neste setor, na realidade portuguesa talvez não seja ainda uma prioridade dos gestores uma vez que, como já falámos em capítulos anteriores, os modelos de gestão empresarial no meio hospitalar ainda são recentes; a capacitação de profissionais para a área da comunicação é escassa; e, com tantas carências que existem no sistema de saúde, a sua promoção e divulgação online ainda não é uma prioridade.

Já há alguns anos que no setor da saúde se tem vindo a falar do *empowerment* do cidadão. No seu Glossário de Promoção da Saúde a OMS define o *empowerment* para a saúde como um processo pelo meio do qual o cidadão ganha maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (World Health Organization, 1998). Desta forma o processo deve permitir que os cidadãos possam expressar as suas necessidades e preocupações e, para tal, a equipa de saúde deve fornecer a informação necessária para que o cidadão possa tomar uma decisão de forma informada e consciente. Pretende-se que as pessoas se sintam mais envolvidas no processo, sentindo maior controlo sobre os resultados impactantes na sua saúde. É, ainda, feita uma distinção entre o *empowerment* individual e o *empowerment* da comunidade. O primeiro resulta do processo que temos vindo a explicar, o segundo foca-se num grupo de pessoas – comunidade – e pretende levá-la a agir em conjunto para adquirir melhor qualidade de saúde.

Este contexto de *empowerment* da sociedade no geral, e do cidadão no particular, torna de extrema relevância a utilização da Web 2.0 na saúde. Educar para a saúde é, cada vez mais, uma necessidade dos Governos. Uma população com maior literacia em saúde será uma sociedade potencialmente mais saudável. Em saúde os cidadãos têm direitos e deveres.

Os deveres ainda não estão muito enraizados na mentalidade comum, mas sendo os cuidados de saúde bens escassos devem ser usados com equidade e justiça; sendo portanto, uma responsabilidade individual manter estilos de vida saudável. Usar as ferramentas da Web 2.0 torna-se um meio eficaz para passar a mensagem ao cidadão (Gonçalves, Alves, & Ramos, 2010).

As ferramentas da Web 2.0 têm provado ser muito úteis na educação, na saúde acontece o mesmo, sendo este um meio útil e fácil de informar sobre: doenças, sinais e sintomas das mesmas, divulgação de estilos de vida saudáveis, campanhas de chamada de atenção sobre tabagismo, obesidade, entre outras. A Web 2.0 pode ter um papel importante no setor da saúde: pode permitir o acesso à saúde em locais onde esta não era acessível; pode permitir o acesso à informação de um doente, quando necessário, fora da sua área de residência. As potencialidades da Web 2.0 são imensas neste setor. E, sem dúvida, uma delas é o *empowerment* do cidadão através da sua participação ativa nos cuidados que lhe são prestados.

Giustini (2006) defende que sendo a Web 2.0 uma das tecnologias mais influentes, um espaço moderado por um especialista, um médico, como repositório de conhecimento e informação pode ser a resposta para as desigualdades de acesso à saúde que se verificam pelo mundo fora.

Neste contexto surge o conceito de Saúde 2.0. A Saúde 2.0, também chamada Medicina 2.0, é definida pelo uso da Web 2.0 (e suas ferramentas) no setor da saúde (Van De Belt, Engelen, Berben, & Schoonhoven, 2010).

Um estudo sobre literacia em *e-health* e comportamentos de pesquisa sobre saúde na Web 2.0 em determinadas gerações concluiu que menos idade e mais educação preveem maior literacia em *e-health*, e maior educação e ser do género feminino foi associado a um maior uso da Web 2.0 para pesquisa de informação de saúde (Tennant, et al., 2015). As ferramentas da Web 2.0 podem ser uma mais-valia pela sua acessibilidade, facilidade de utilização e adesão dos utilizadores, uma vez que estas características vão de encontro aos fundamentos do *e-health*.

Este termo “*e-health*” entrou no vocabulário de saúde a partir do ano 2000 (Cruz, Paulo, Dias, Martins, & Gandolf, 2011). Eysenbach (2001) define *e-health* como um campo emergente que resulta da interseção de três áreas: serviços de informação em saúde, saúde pública e área empresarial. Para este autor o termo define uma atitude, uma forma de pensar,

um comprometimento com a Web e com o pensamento global, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde locais, regionais e mundiais; usando tecnologias de informação. O seu artigo descreve os dez *E* em *e-health*:

1. **Efficiency** (eficiência) – melhorar a eficiência em saúde diminuindo os custos. (Ex.: criação de sistemas informáticos que comuniquem entre instituições, diminuindo a repetição de meios de diagnóstico e terapêutica.)
2. **Enhancing quality of care** (melhorar a qualidade dos cuidados) – aumentar a eficiência não significa apenas reduzir custos, significa também uma melhoria da qualidade. (Ex.: divulgar os indicadores de cada instituição, de forma que o doente possa saber online qual a instituição com melhor qualidade escolhendo-a. Isto cria competitividade que levará à necessidade da melhoria dos níveis de qualidade.)
3. **Evidence based** (baseado na evidência) – as intervenções em *e-health* devem ser baseadas na evidência de forma a não perder a credibilidade.
4. **Empowerment of consumers and patients** (*empowerment* de clientes e doentes) – disponibilizando a informação clínica do doente e bases de conhecimento médico na internet, possibilita o envolvimento efetivo do doente nas escolhas relativas à sua saúde.
5. **Encouragement** (encorajamento) – criando um novo relacionamento entre doentes e profissionais de saúde, de forma a estabelecer parcerias e companheirismo para que as decisões sejam tomadas em conjunto.
6. **Education** (educação) – a formação contínua de profissionais de saúde e a educação dos doentes disponíveis online.
7. **Enabling** (capacitar) – possibilitar transmissão de informação e comunicação de uma forma padronizada entre instituições.
8. **Extending** (aumentar) – alargar os horizontes tradicionais dos cuidados de saúde. Informação disponível online põe fim à limitação geográfica (local, regional e mundial).
9. **Ethics** (ética) – o *e-health* envolve uma nova interação médico/doente, apresenta novos desafios e ameaças às questões éticas que envolvem a prática clínica online, o consentimento informado, privacidade e equidade.

10. **Equity** (equidade) – uma das promessas do *e-health* é mais equidade no acesso à saúde, mas pelo contrário o *e-health* pode acentuar as diferenças sociais. Pessoas com menos dinheiro, sem conhecimento e sem acesso a computadores e internet não têm como usar o *e-health*. Assim, esta faixa de doentes que poderia ser quem mais beneficiaria do *e-health* acaba por ser quem provavelmente menos beneficiará. Sem medidas políticas que assegurem o acesso equitativo o *e-health* não garantirá equidade de acesso.

3.3 As redes sociais e as comunidades virtuais em saúde

Conforme já foi anteriormente referido, as redes sociais são uma das ferramentas da Web 2.0, nestes espaços o utilizador comum é recetor e emissor de informação. Todos podemos fazer *uploads* de músicas, fotografias, opiniões, partilhar conteúdos que gostamos, inúmeras opções que fazem de todos nós produtores de conteúdos.

As redes sociais são uma forma útil e fácil de comunicar e de nos sentirmos conectados aos nossos amigos e conhecidos. Ora, se os cidadãos se encontram ativos nestas redes, também as instituições de saúde podem usá-las como plataformas para expor informação de saúde. Um dos exemplos é a página de Facebook da DGS², com um total de 27.387 gostos e 2.135 pessoas a falar da página (dados de 04/07/2016).

A saúde é um tema que nos deixa vulneráveis. A assimetria de informação em saúde é muito grande e portanto, o cidadão comum sente-se fragilizado e desinformado quando algo na sua saúde não corre bem. Hoje em dia, é comum as pessoas procurarem informação de saúde online: porque está acessível em qualquer lado, porque é de fácil pesquisa, porque está disponível para qualquer um independentemente do seu nível de literacia.

As comunidades virtuais são grupos de utilizadores que interagem entre si e que permitem ao utilizador um sentimento de pertença. O estudo de Moreira e Pestana (2012) mostra que estas comunidades justificam a sua existência de forma a minimizar o isolamento, divulgar informação, contribuir para um sentimento de inclusão, ajudar, partilhar; consideram que as consultas são insuficientes para colmatar estes problemas e que é importante o anonimato dos participantes. O estudo mostra ainda que o facto de os doentes estarem mais informados sobre a sua doença, nomeadamente pela realidade dos seus pares

² <https://www.facebook.com/direcaogeraldsaude/>

resulta no *empowerment* do doente. Obviamente que as comunidades virtuais não moderadas por profissionais de saúde também têm inconvenientes e desvantagens, que o estudo identifica: informação incorreta, moderadores não qualificados, falta de credibilidade, despersonalização, falta de reconhecimento, automedicação, entre outros. Entende-se, portanto, que os profissionais de saúde não se podem isentar deste mundo. Precisam colaborar e interagir de forma que as comunidades virtuais sejam efetivamente uma mais-valia e não uma fonte de desinformação.

É de notar, no entanto, que o trabalho de pesquisa de Eysenbach, Powell, Engleasakis, Rizo e Stern (2004) não conseguiu provar os benefícios das comunidades virtuais em saúde. Esta noção é reforçada com o estudo de Demiris (2006) que conclui que estas comunidades promovem o *empowerment* do doente e a sua participação nos cuidados de saúde, mas não prova os benefícios na sua saúde. É necessária mais pesquisa direcionada para esta questão específica.

Winkelman e Choo (2003) defendem que existem quatro requisitos para promover uma mudança positiva nas práticas de saúde de forma a encorajar a relação do doente com a sua doença crónica: acesso ao conhecimento (informação); desenvolvimento das suas capacidades de controlo da doença; promoção de um sentimento de autoeficácia; e criação de uma rede de suporte. Defendem que as comunidades virtuais em saúde desenvolvidas pelos prestadores de cuidados de saúde têm a capacidade de preencher todos estes requisitos.

Ainda que não se prove uma melhoria efetiva na saúde dos participantes destas comunidades, o simples facto de colmatarem o isolamento e contrariarem o sentimento de impotência dos participantes, parecem-nos importantes quando falamos de doentes fragilizados pela sua condição de saúde. Talvez a grande diferença que possa ser feita para aumentar a sua eficácia seja o envolvimento das instituições de saúde nestas comunidades virtuais, ou mesmo o desenvolvimento de comunidades por parte destas. Comunidades virtuais com presença de peritos de saúde colmatam os problemas de falta de credibilidade ou a desinformação.

As redes sociais podem ser usadas como veículos para a criação de comunidades virtuais direcionadas para os cuidados aos doentes, com a moderação de profissionais de saúde. O facto de os cidadãos já utilizarem com frequência as redes sociais pode aumentar a sua adesão e participação nestas comunidades. O estudo de Knight, Werstine, Rasmuss, Fitzsimmons e Petrella (2014) mostra que a maioria dos utilizadores da Web procuram

informação de saúde quando estão online e que estão preparados para que as redes sociais sejam utilizadas na saúde.

Numa ótica diferente, Giustini (2006) defende que a Web 2.0 pode vir a ser uma das tecnologias mais poderosas na história das publicações, podendo mesmo vir a mudar os nossos conceitos de propriedade intelectual: um perito (médico) moderando um repositório (do género de uma Wiki médica) pode ser a resposta para as assimetrias de informação e para o acesso equitativo à mesma.

As redes sociais são também uma ferramenta para os doentes lutarem pelos seus direitos. Páginas no Facebook sucedem-se sobre este tema, um exemplo é o grupo público pelo acesso ao tratamento da Hepatite C (Facebook, 2015),

3.4 Gestão de crise nas redes sociais

Quando falamos em crise nas redes sociais referimo-nos a casos que são partilhados num mundo com milhões de utilizadores. Clientes insatisfeitos, utentes que foram atendidos de forma incorreta têm nas redes sociais um “palco” onde podem expressar o seu descontentamento e partilhar aquilo que lhes aconteceu. Como já foi exposto neste trabalho, as redes sociais têm a capacidade de gerar um efeito avalanche, tanto em situações positivas como em situações negativas. Se consideramos que é importante as instituições marcarem a sua presença num local onde milhões de pessoas “circulam” diariamente, torna-se de crucial importância que estejam atentas às redes sociais no sentido de detetar e conter quaisquer notícias negativas que possam danificar a sua imagem.

Não só é necessária uma comunicação ativa e diária das instituições, é de igual forma importante implementar medidas e expor posições imediatas quando se tratam de situações de crise, de forma a que estas não tomem proporções desmedidas.

Tomemos como exemplo alguns casos que são sobejamente conhecidos do público em geral.

- a) Em 2010, uma cliente insatisfeita expôs no seu blogue o processo, que considerava penoso, para a substituição de um telemóvel pela empresa Ensitel. A Ensitel havia ganho uma ação judicial que determinava a reparação do equipamento em vez da sua troca. A partilha de experiência desta cliente insatisfeita na Web, levou a inúmeras partilhas da situação nas diversas redes

sociais. Diversos consumidores defenderam a cliente e colocaram *posts* de indignação na página de Facebook da Ensitel. Inicialmente a empresa apagou os *posts* e, mais tarde, emitiu um comunicado mantendo a sua posição inicial, interpôs ainda uma ação contra a cliente exigindo que eliminasse todos os *posts* sobre este assunto. Num espaço de 48 horas o caso alastrou-se para 200 blogues que comentaram o assunto; milhares de comentários negativos na página de Facebook da marca; dezenas de milhar de tweets, sendo #ensitel o *hashtag* mais utilizado em Portugal nas 24 horas seguintes; criação de uma página de Facebook contra a Ensitel; uma página na Wikipédia; entre outros. O comunicado da Ensitel não acalmou os ânimos (Telles, 2010).

- b) Em 2011, uma cliente colocou um *post* sobre o plano de barragens da EDP. A EDP considerou que a publicação ia contra a política da página e decidiu apagá-lo. A utilizadora fez um *printscreen* da mensagem da EDP e partilhou, a partir daí milhares de partilhas foram feitas e outros tantos comentários negativos na página da EDP por apagar a opinião de um consumidor, pela atitude de censura da marca, levando mesmo à eliminação da página pela EDP (Morais, 2011).

Durante a nossa pesquisa procurámos crises nas redes sociais relacionadas com as instituições hospitalares, não tendo encontrado nenhuma com esta relevância. Isto é, existem muitos *posts* de descontentamento, como o exemplo que se segue. No entanto, não encontramos nenhum que gerasse uma crise como as anteriormente descritas.



Figura 6. Exemplo de um utente insatisfeito que publicou nas redes sociais (Facebook, 2016)

As grandes empresas têm vindo a definir nos seus planos de comunicação, linhas de ação para a gestão de crise nas redes sociais numa tentativa de que casos como os referidos não se repitam.

Se considerarmos que no presente ano foi aprovada a lei que permite aos utentes escolherem a Instituição de Saúde onde querem ser tratados (Despacho nº 199/16 nº 2 alínea c) publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 4 - 7 de janeiro de 2016), cada vez mais é necessário que estas defendam a sua imagem e tenham uma atitude pró-ativa de forma a cativar os utentes.

Pinto (2016) comentando várias crises que iniciaram nas redes sociais estabelece também alguns pressupostos:

1. procurar dar respostas sinceras, rápidas e sempre com bom senso, evitando um tom agressivo;
2. nunca apagar publicações;
3. procurar remeter a conversa para a esfera privada, através de mensagem e posterior contacto telefónico ou pessoal;
4. Não reagir de forma emotiva a comentários negativos;

5. monitorizar constantemente a Web, procurando conteúdo sobre a sua marca ou empresa;
6. configurar *Google Alerts*, para receber automaticamente notificações por e-mail;
7. utilizar ferramentas como o *Topsy*, *Follower Wonk* e *Tagboard*.

Foram analisados diversos modelos de comunicação que envolvem a gestão de crise, como o anteriormente descrito (Pinto, 2016) e os descritos no capítulo 2.4. Não foram encontrados modelos de gestão de crise nas redes sociais para o setor da saúde. No setor da aviação encontrámos este tema muito bem fundamentado havendo linhas orientadoras para todo o tipo de intervenientes (International Air Transport Association, 2014).

Entendemos no decorrer do presente trabalho de investigação que para a definição do modelo a que nos propomos é necessário que a instituição esteja atenta. Não é possível resolver uma crise se não se souber da sua existência. Desta forma, é necessário monitorizar as redes sociais, obtendo informação em tempo real do que está a acontecer. Para tal, é necessário ter presentes alguns conceitos informáticos. O primeiro é *Business Intelligence*.

Business Intelligence consiste no processo de recolha, organização e análise de informações para suporte à tomada de decisão numa organização (Vitt, Luckevich, & Misner, 2008). Com a Web 2.0 e as redes sociais, alguns autores introduziram o conceito de *Business Intelligence 2.0* (Santos, 2013).

Dentro do processo de *Business Intelligence*, a Analítica (*Analytics*) desempenha um papel fundamental. Uma vez que a fonte de dados do presente trabalho são as redes sociais concentremo-nos apenas na Analítica para a Web (*Web Analytics*). *Web Analytics* é aprender como os utilizadores interagem com os websites e aplicações para dispositivos móveis através da gravação automática de aspetos do seu comportamento e a sua posterior combinação e transformação em dados que podem ser analisados (Beasley, 2013). Para vincar a importância da Web 2.0 e, obviamente das redes sociais, existem também autores que introduziram o conceito de *Web Analytics 2.0* (Kaushik, 2009).

Foquemo-nos no *Business Intelligence* nas redes sociais e na utilização da Analítica neste domínio. Através das redes sociais os utilizadores interagem com milhares de pessoas. Este novo cidadão/cliente pode influenciar positiva ou negativamente toda uma comunidade. A sua monitorização, a identificação das suas necessidades e a perceção das suas tendências é de extrema importância para que a instituição entenda como está a ser vista e como se deve

posicionar (Falgon, 2013). Isto leva a que as organizações se esforcem por ter um maior controlo sobre as redes sociais: obtendo informação quantitativa e qualitativa em tempo real, medindo o impacto das publicações, identificando os promotores e os detratores da organização/marca, construindo relacionamentos com os clientes, detetando os pontos fracos da organização/marca, acompanhando a concorrência, etc. (Moorman, 2015).

Krishnan e Rogers (2014) consideram que os dados das redes sociais são a componente crítica com crescimento mais rápido em termos de estratégia de *Business Intelligence* da organização. Como já explicado em capítulos anteriores só a rede social Facebook tem mais de 1.000 milhões de utilizadores (4,7 milhões em Portugal), e há ainda a considerar a importância dos utilizadores online, o seu impacto social.

Para a construção do modelo iremos recorrer a ferramentas informáticas. Hoje em dia é possível encontrar inúmeras ferramentas que permitem a monitorização de websites (e.g. Similar Web), a monitorização das redes sociais (e.g. Trackalytics), a estimativa do número de visitas (e.g. TrafficEstimate), entre outros. A própria Google disponibiliza diversas ferramentas neste domínio: Google Analytics (monitorização das visitas); Google PageSpeed Insights (análise da performance das páginas do website); Google Alerts (alertas); Google Tag Manager (gestão de tags), entre outros.

As ferramentas gratuitas são as mais pretendidas, pela ausência de custos, como comprova o estudo levado a cabo pela Forester Consulting (2009). No entanto, consideramos uma mais-valia referir também algumas ferramentas pagas: a IBM Digital Analytics, a Adobe Analytics e a Webtrends Analytics são alguns exemplos.

O modelo a construir, para além dos conteúdos ligados com a comunicação e a gestão de conflitos, deve incluir ferramentas de monitorização: ferramentas de alertas e ferramentas de análise das redes sociais.

4. Metodologia

A escolha da metodologia a utilizar prende-se diretamente com o propósito da investigação. No presente capítulo far-se-á a descrição das opções metodológicas (4.1), explicar-se-á como se procedeu a recolha de dados (4.2), abordar-se-á a elaboração e validação dos inquéritos (4.3), a sua recolha (4.4) e tratamento (4.5).

4.1 Opções metodológicas

A investigação pode ser classificada quanto ao propósito – baseada na aplicabilidade dos resultados obtidos – e quanto ao método – baseada na estratégia e abordagem escolhida para a recolha de dados.

O propósito da nossa investigação é fornecer um conjunto de soluções/ferramentas/estratégias para resolução de um problema. Para tal foi necessário, em primeiro lugar, conhecer a realidade das instituições, conhecer o estado da arte e em segundo conhecer a opinião de peritos.

Segundo Coutinho (2011) o nosso trabalho enquadra-se numa investigação analítica, uma vez que se pretende com este trabalho fornecer um conjunto de considerações sobre o que tem acontecido neste domínio de forma a orientar a ação futura com a proposta do modelo. A investigação analítica compreende uma fusão dos métodos quantitativos e qualitativos (Roque, Esteves, & Quelhas, 2009).

Segundo Cohen, Manion & Morriison (2007) os métodos quantitativo e qualitativo são complementares, sendo o grande desafio saber escolher em que situações usar cada um deles. Através do método quantitativo recolheram-se dados objetivos de forma a procurar uma validação e conhecimento da atualidade na matéria em estudo e, consequentemente, produzir uma generalização, predizer e controlar os acontecimentos; tal como definido por Fortin (1999). No entanto, a produção de um modelo de atuação exige a compreensão do fenómeno (crises nas redes sociais) de forma a desenvolver conhecimento para uma atuação futura mais segura e fundamentada. Para tal, foi necessário desenvolver a investigação através do método qualitativo (Fortin, 1999). A esta combinação de métodos e perspetivas chama-se triangulação e permite aprofundar e ampliar a análise (Fortin, 1999).

A investigação quantitativa consiste em recolher dados, trata-los estatisticamente e testar teorias tentando encontrar relações entre as variáveis. Este método é muito aplicado nas Ciências Exatas uma vez que é baseado no método experimental (Carmo & Ferreira, 2008). No entanto, quando aplicado às Ciências Sociais levanta algumas limitações próprias da complexidade e subjetividade humana. É nesse ponto que se torna favorável usar o método qualitativo. Reichard e Cook (1986) defendem que a combinação dos dois métodos permite uma compreensão mais vasta do fenómeno produzindo resultados mais seguros.

Apresentamos a seguir um quadro que esquematiza as diferenças entre os paradigmas qualitativo e quantitativo:

Quadro 1. Características dos paradigmas qualitativo e quantitativo adaptado de Carmo e Ferreira (2008)

Paradigma Qualitativo	Paradigma Quantitativo
Defende a utilização de métodos qualitativos.	Defende a utilização de métodos quantitativos.
Propõe-se entender a conduta humana a partir do ponto de vista do atuante – Fenomenologia.	Propõe-se procurar as causas dos fenómenos sociais, não se focando nos aspetos subjetivos do indivíduo – Positivismo Lógico.
Observação naturalista, sem controlo.	Medição rigorosa e controlada.
Subjetivo.	Objetivo.
Perspetiva a partir do interior – próximo dos dados.	Perspetiva a partir do exterior – à margem dos dados.
Fundamentado na realidade, orientado para a descoberta, exploratório, expansionista, descritivo e indutivo.	Não orientado na realidade, orientado para a comprovação, confirmatório, reducionista, inferencial e hipotético-dedutivo.
Orientado para o processo.	Orientado para o resultado.
Válido: dados reais, ricos e profundos.	Fiável: dados sólidos e repetíveis.
Não generalizável: estudo de casos isolados.	Generalizável: estudo de casos múltiplos.
Holístico.	Particularista.
Assume uma realidade dinâmica.	Assume uma realidade estável.

4.2 Técnicas de recolha de dados

No presente estudo a recolha de dados desenvolveu-se em três fases. Os dados foram recolhidos com recurso à técnica de inquérito.

O inquérito é uma técnica de recolha de dados que visa a obtenção de dados de uma forma sistemática (Carmo & Ferreira, 2008). Pretende-se com os inquéritos recolher um número de dados passíveis de comparação, de forma sistemática que possibilitem a resposta a determinado problema. Os inquéritos definem-se pelo grau de diretividade das perguntas e pela presença/ausência do investigador no ato de inquirição. Cruzando essas variáveis obtêm-se quatro tipos de inquéritos:

Quadro 2. Tipos de inquéritos adaptado de Carmo & Ferreira (2008)

Grau de diretividade das perguntas	Situação no ato de inquirição	
	O investigador está presente	O investigador está ausente
Menor diretividade	1. Entrevista pouco estruturada	3. Questionário pouco estruturado
Maior diretividade	2. Entrevista estruturada	4. Questionário estruturado

Os inquéritos variam de pouco estruturados a muito estruturados, devemos ter em conta que quanto maior for a sua extensão, mais estruturado e objetivo deve ser, permitindo um tratamento quantitativo das respostas (Cohen, Manion, & Morrisson, 2007).

Cohen, Manion e Morrisson (2007) defendem que as questões abertas serão preferíveis a questões fechadas quando o objetivo destas é recolher informação sobre opiniões e comportamentos, pelo mesmo motivo questões longas serão preferíveis a questões curtas; esta opção de perguntas confere ao inquirido a necessidade de responder por palavras suas. Segundo estes autores questões fechadas e curtas são preferíveis para recolher dados sobre atitudes.

Os instrumentos de recolha de dados utilizados no presente trabalho foram inquéritos por questionário.

Segundo Cohen, Manion e Morrisson (2007) na construção de um questionário devem ser tomados em conta os seguintes passos:

1. definir os seus objetivos;
2. decidir a população (amostra) a quem será aplicado;
3. construir tópicos de forma a responder aos objetivos propostos;
4. decidir o tipo de medidas a usar (objetivas/subjetivas);
5. construir as questões;
6. conferir se as questões construídas dão resposta a todos os tópicos (ponto 3);
7. validar o questionário;
8. aplicar o questionário.

As perguntas de um questionário podem ser abertas ou fechadas; as respostas podem ser feitas de diversas formas: escolha múltipla, escalas, abertas, entre outras (Cohen, Manion, & Morrisson, 2007).

A apresentação física e formal de um questionário é de extrema importância, (Carmo & Ferreira, 2008) definem alguns pontos-chave a ter em conta na sua apresentação:

- a. apresentação do investigador de forma a conferir-lhe credibilidade;
- b. apresentação do tema de investigação de forma clara e simples, salientando a importância da participação do inquirido;
- c. instruções precisas, claras e curtas;
- d. disposição gráfica aprazível e adequada ao público-alvo;
- e. revisão ortográfica do questionário de forma a evitar erros ortográficos ou sintáticos;
- f. redução da extensão do questionário ao mínimo indispensável.

O cumprimento destes passos evitará o efeito dissuasor e consequente taxa elevada de não-resposta.

Aquando do planeamento desta investigação propusemo-nos a realizar um primeiro inquérito por questionário e um segundo inquérito por entrevista. Esta decisão baseava-se na necessidade de, numa primeira fase, recolher dados objetivos; e na necessidade de aplicar questões abertas aos inquiridos, sobre a sua experiência profissional e sobre as suas opiniões pessoais numa segunda fase. No entanto, a disponibilidade de adesão dos inquiridos obrigou à aplicação dos dois inquéritos por questionário: o primeiro estruturado e objetivo; o segundo estruturado e subjetivo, sendo que as questões e dúvidas poderiam ser esclarecidas via Skype, e-mail ou telefone. O principal objetivo do inquérito baseava-se em procurar junto dos especialistas da área mais-valias na construção do modelo.

Foi ainda criada uma grelha de análise da presença na Web. A grelha construída tinha como objetivo a análise da presença das instituições hospitalares na Web e bem como a sua utilização das ferramentas da Web 2.0.

4.3 Elaboração e validação dos instrumentos de recolha de dados

4.3.1 Grelha de análise da presença na Web

Na primeira fase a recolha de dados passou por uma análise da situação atual dos hospitais portugueses no que diz respeito à utilização da Web em geral, e da Web 2.0 em particular. Pretendia-se direcionar o estudo e, para tal, foi necessário conhecer o ponto de partida.

Os dados a recolher eram objetivos e como tal o instrumento de recolha de dados continha questões com maior diretividade sendo, então, estruturado. Foi construída uma grelha para preenchimento no Microsoft Excel, com os seguintes objetivos (Anexo A):

1. conhecer a presença da instituição na Web:
 - a. website próprio;
 - b. páginas de redes sociais (Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube, Google+, entre outras);
2. verificar se o website direciona diretamente os utilizadores para as páginas de redes sociais;
3. entender o tipo de interação permitida aos utilizadores da rede social mais representativa (“gostos”, comentários, publicações).

Depois de construída, a grelha foi validada por especialistas da área, sendo posteriormente alterada conforme as sugestões propostas.

4.3.2 As instituições hospitalares portuguesas e as redes sociais

Foi construído um inquérito por questionário estruturado com perguntas direcionadas (escolha múltipla, respostas por opções) que respondessem aos objetivos a que nos propusemos após a primeira fase de recolha de dados.

Os objetivos do inquérito “As Instituições Hospitalares Portuguesas & as Redes Sociais” (Anexo B):

1. conhecer a realidade das Instituições Hospitalares Portuguesas quanto à:
 - a. existência de gabinete de comunicação próprio;
 - b. existência de plano de comunicação definido e divulgado junto de todos os colaboradores, e quais as suas áreas de abrangência;
2. conhecer a realidade das Instituições Hospitalares Portuguesas quanto à sua presença nas redes sociais:
 - a. quais;
 - b. qual a frequência de utilização;
 - c. qual a capacidade de resposta;

3. conhecer a realidade das Instituições Hospitalares Portuguesas quanto à existência de plano de gestão de crise, e se este inclui a gestão de crise nas redes sociais.

Depois de construído, o inquérito foi validado por especialistas da área, sendo posteriormente alterado conforme as sugestões propostas.

4.3.3 Comunicação e gestão de crise

O inquérito por questionário, intitulado “Comunicação e gestão de crise”, foi construído de forma a recolher as opiniões de especialistas (da área da comunicação, Web 2.0 e saúde) dos fundamentos que o modelo a propor deve conter. Foi construído como formulário do Microsoft Word e foi aplicado a seis especialistas, durante os meses de agosto e setembro de 2016. O inquérito foi enviado aos inquiridos por correio eletrónico (Anexo C).

Objetivos do inquérito “Proposta de um modelo de gestão de crise nas redes sociais para o setor da saúde”:

1. compreender qual a opinião dos inquiridos no que diz respeito:
 - a. à presença das Organizações (nomeadamente as Instituições Hospitalares) nas redes sociais;
 - b. às alterações de comportamento que devem (ou não) advir da publicação do Despacho nº 199/16 nº 2 alínea c) publicado no Diário da República, 2.^a série — N.º 4 — 7 de janeiro de 2016;
 - c. à necessidade de envolvimento da Gestão de Topo no processo comunicativo da Instituição;
 - d. à necessidade de profissionais dedicados à Comunicação;
2. recolher a opinião e experiência dos inquiridos quanto às redes sociais:
 - a. e a sua capacidade de exponenciar uma crise criada por um cliente/utente insatisfeito;
 - b. e crises desenvolvidas neste meio com as quais tenham tido experiência;
 - c. e conhecimento de crises que tenham envolvido instituições hospitalares neste meio;

3. compreender qual a opinião/experiência dos inquiridos sobre a existência de linhas orientadoras/planos de comunicação sobre como atuar no caso de uma crise gerada nas redes sociais:
 - a. a importância da sua existência;
 - b. ferramentas informáticas importantes.
4. Recolher boas práticas dos inquiridos.

Depois de construído, o inquérito foi validado por especialistas da área, sendo posteriormente alterado conforme as sugestões propostas.

4.4 Recolha de dados

4.4.1 Grelha de análise da presença na Web

Os dados foram recolhidos pela investigadora nos meses de março e abril de 2016 e registados na grelha construída.

4.4.2 As instituições hospitalares portuguesas e as redes sociais

O inquérito por questionário, intitulado “As Instituições Hospitalares Portuguesas e as Redes Sociais”, foi aplicado às 50 instituições hospitalares públicas portuguesas (informação retirada do portal do SNS³).

O inquérito foi disponibilizado online através da ferramenta GoogleDocs durante os meses de maio a julho de 2016. Foi enviado o *link* para preenchimento por correio eletrónico ao cuidado dos Gabinetes de Comunicação das Instituições. Uma das instituições apresentou dificuldades no preenchimento online do questionário, pelo que se enviou como formulário do Microsoft Word, posteriormente esses dados foram introduzidos no GoogleDocs.

Obtiveram-se respostas de 22 Instituições Hospitalares, sendo que uma resposta foi descartada por estar incompleta.

³ www.sns.gov.pt

4.4.3 Comunicação e gestão de crise

O inquérito por questionário, intitulado “Comunicação e gestão de crise”, foi construído como formulário do Microsoft Word e foi aplicado a especialistas da área da comunicação, durante os meses de agosto e setembro de 2016. O inquérito foi enviado aos inquiridos por correio eletrónico e as dúvidas foram esclarecidas usando o mesmo meio. Obtiveram-se seis respostas: três de especialistas do setor da saúde, duas de especialistas de assessoria de comunicação e um especialista em *e-commerce*.

4.5 Tratamento de dados

Neste estudo foram usados diferentes instrumentos para a recolha de dados, pelo que o tratamento de dados foi adequado a cada um dos instrumentos.

Através do tratamento de dados da grelha de “Presença das instituições hospitalares portuguesas na Web” foi feita a caracterização das instituições hospitalares por região e tipo. Aos dados recolhidos foi feita a análise de frequências. Para tratamento dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel.

No questionário “As Instituições Hospitalares Portuguesas e as Redes Sociais” foi feita a caracterização dos participantes e procedeu-se igualmente à análise de frequências. Nas questões abertas foi feita análise de conteúdos.

O questionário “Comunicação e gestão de crise” era composto apenas por questões abertas, pelo que se procedeu à análise de conteúdos. A análise de conteúdos passa por categorizar as respostas classificando-as e agregando-as conforme o contexto. Assim, foram analisadas as respostas e criadas categorias relevantes nas respostas dos inquiridos, transformando o texto em unidades agregadas (Bardin, 2011).

5. Apresentação e análise dos resultados

No presente capítulo apresentam-se os dados obtidos através dos diferentes instrumentos. Os instrumentos tiveram como objetivo entender o nosso ponto de partida no que diz respeito à presença das instituições hospitalares na Web, assim como as suas opções de comunicação e gestão de crise. Por fim, questionámos especialistas na área de forma a poder recolher os seus contributos para a elaboração do nosso modelo. É feita a apresentação crítica dos dados obtidos (5.1) e é apresentada a proposta de modelo de gestão de crise nas redes sociais para o setor da saúde (5.2).

5.1 Apresentação crítica dos dados obtidos

5.1.1 Grelha de análise da presença na Web

O primeiro passo deste trabalho passou por um levantamento da presença das instituições hospitalares na Web, para tal usamos a grelha construída por nós (Anexo A). Através do website do Serviço Nacional de Saúde, identificámos 50 instituições hospitalares públicas, distribuídas conforme o descrito na Tabela 1, sendo o tipo de gestão mais frequente as entidades públicas empresariais.

Tabela 1. Tipo de instituição hospitalar

Tipo de gestão	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Entidade Pública Empresarial (EPE)	40	80%
Público	6	12%
Parceria Público-Privada (PPP)	4	8%

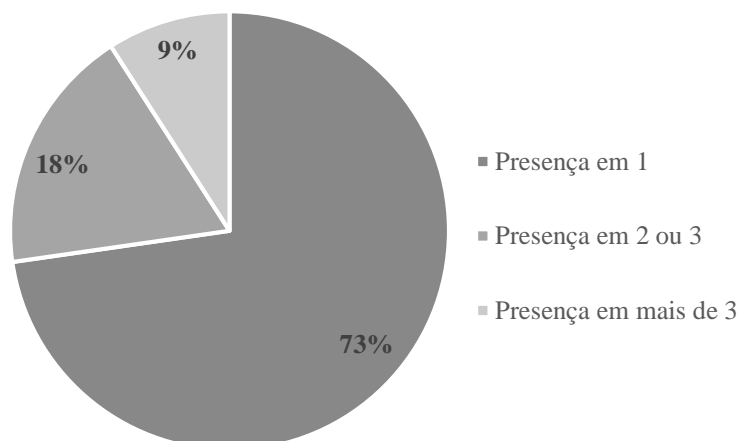
Quanto à organização, as instituições podem ser agrupadas (por exemplo: em centros hospitalares ou unidades locais de saúde que englobam cuidados hospitalares, cuidados primários e cuidados continuados) ou independentes. Na Tabela 2 pode verificar-se o tipo de organização das instituições hospitalares portuguesas, sendo a mais frequente o agrupamento de hospitais em centros hospitalares (44%).

Tabela 2. Tipo de organização das instituições hospitalares

Tipo de organização	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Centro Hospitalar	22	44%
Hospital	20	40%
Unidade Local de Saúde	8	16%

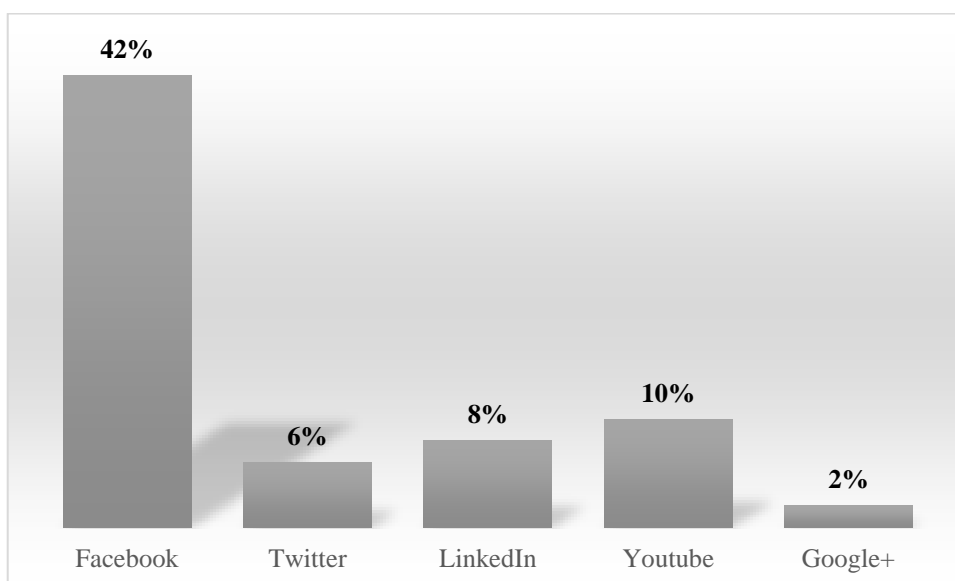
Todas as instituições hospitalares têm página na Web, 28% têm um *link* de acesso às redes sociais a partir da sua página Web. 44% estão presentes em, pelo menos, uma rede social. Destas a maioria está presente em apenas uma rede social (73%), conforme representado no Gráfico 1.

Gráfico 1. Presença das instituições hospitalares em uma, ou mais, redes sociais



No Gráfico 2 verifica-se a frequência relativa da presença nas redes sociais analisadas, verificando-se que a mais frequente é o Facebook.

Gráfico 2. Presença das instituições hospitalares nas redes sociais



Uma vez que a rede social mais frequente é o Facebook, debruçámo-nos mais um pouco sobre o tipo de interação permitida aos seus utilizadores. Assim, verificámos que apenas 62% permitem aos utilizadores fazerem publicações na página, mas que todas permitem fazer comentários às publicações do proprietário.

O YouTube foi considerado uma rede social, uma vez que permite a partilha de conteúdos por todos os seus utilizadores e que permite interação entre estes.

Nesta análise verifica-se que menos de metade das instituições hospitalares têm presença nas redes sociais, e das que têm nem todas fazem evidência dessa presença nas suas páginas da Web. A sua presença é mais dominante no Facebook, mas o tipo de interação permitida aos utilizadores nem sempre é total, sendo que 48% das instituições presentes nesta rede social não permitem aos utilizadores fazerem publicações.

5.1.2 As instituições hospitalares portuguesas e as redes sociais

Após a primeira fase de recolha de dados, considerou-se importante conhecer a atitude das instituições hospitalares face à sua presença nas redes sociais e à comunicação nestes meios. Assim, foi enviado o questionário “As redes sociais e as instituições hospitalares portuguesas” (Anexo B) para todas as instituições. 42% (21 instituições) responderam de forma válida para tratamento.

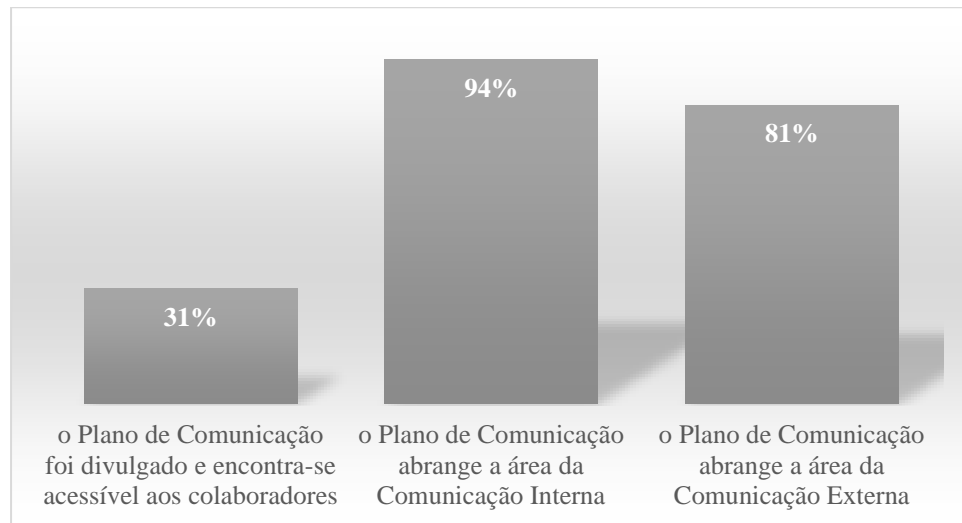
Os respondentes mais frequentes foram os centros hospitalares (57%), conforme se verifica na Tabela 3.

Tabela 3. Tipo de organização das instituições hospitalares respondentes ao primeiro questionário

Tipo de organização	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Centro Hospitalar	12	57%
Hospital	6	29%
Unidade Local de Saúde	3	14%

90% dos respondentes têm um gabinete de comunicação próprio na instituição; 76% tem plano de comunicação definido, destes apenas 31% foi divulgado e encontra-se disponível aos colaboradores (Gráfico 3).

Gráfico 3. Abrangência do plano de comunicação



Dos respondentes, 52% está presente nas redes sociais, de ressaltar que um dos respondentes mencionou estar presente nas redes sociais, identificando como rede social o website, pelo que foi considerado não presente. A maioria dos respondentes (55%) está presente em 2 ou 3 redes sociais (Gráfico 4). A rede social mais frequente é o Facebook (Gráfico 5). Um dos respondentes informou que a página criada no Facebook não é pública. Assim, é possível os dados recolhidos na primeira fase não incluiriam, por exemplo esta presença nas redes sociais. Ainda assim, apesar do objetivo do inquérito não fosse validar os dados recolhidos na primeira fase, estes dados vão genericamente ao encontro da pesquisa feita inicialmente (52% presentes nas redes sociais *versus* 44%).

Gráfico 4. Presença das instituições hospitalares respondentes em uma ou mais redes sociais

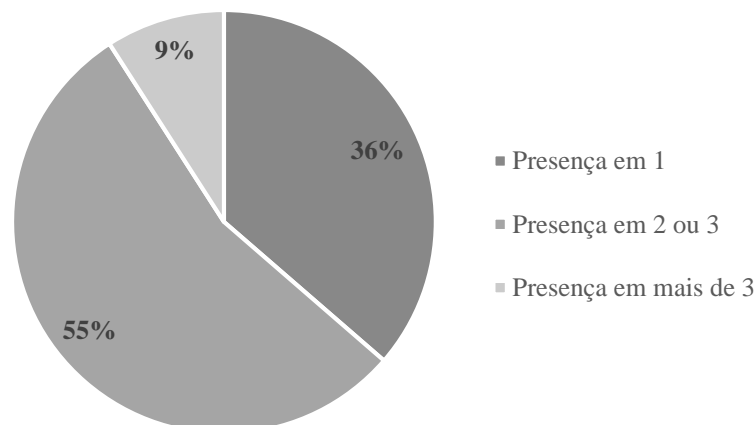
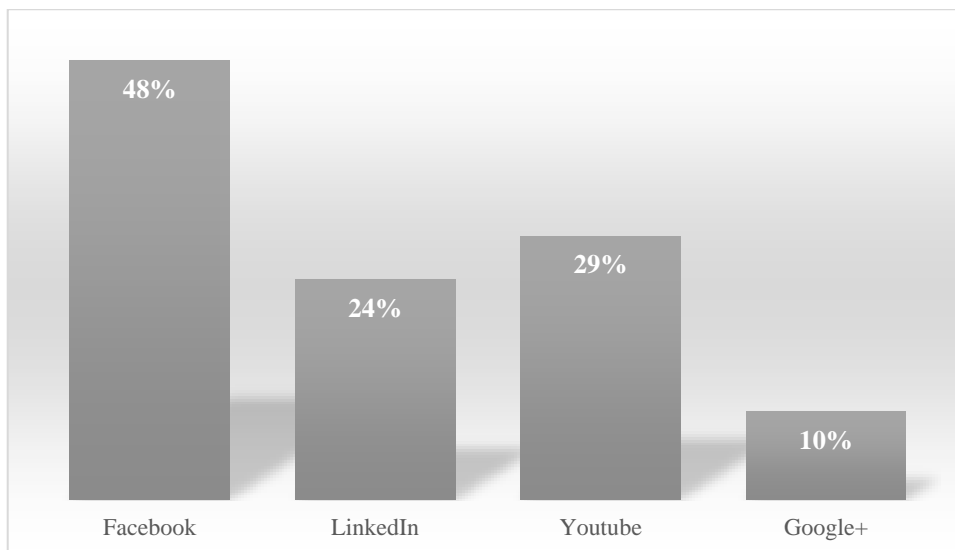


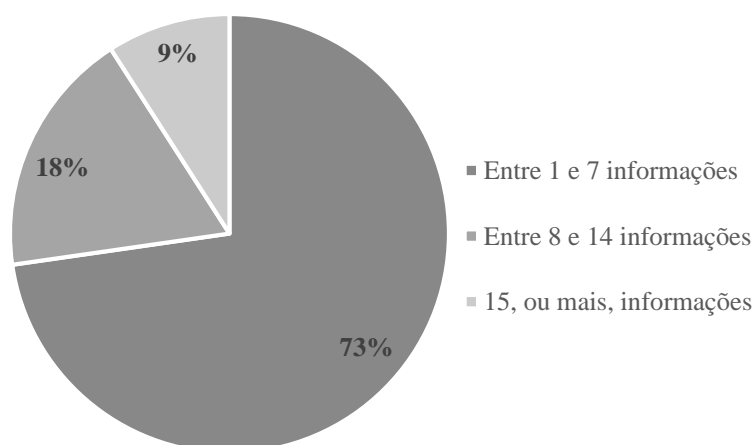
Gráfico 5. Presença das instituições hospitalares respondentes nas redes sociais pesquisadas



Dos respondentes presentes nas redes sociais, 82% têm profissionais específicos para a gestão das mesmas.

A maioria dos respondentes (73%) divulga entre 8 a 14 informações nas suas páginas de redes sociais, por semana, apenas 9% divulga mais de 15 informações (Gráfico 6).

Gráfico 6. Informações divulgadas nas redes sociais por semana



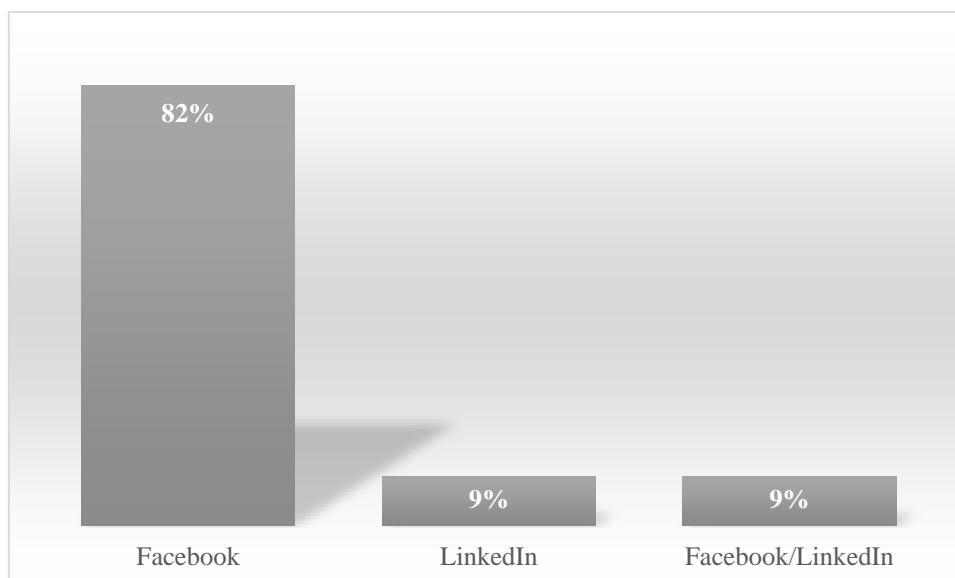
Quanto à demora na resposta a comentários um respondente afirmou “Não respondemos a solicitações/comentários nas redes sociais”. A maioria (45%) responde numa questão de horas (Tabela 4).

Tabela 4. Tempo de resposta a comentários/solicitações nas redes sociais

Tempo de resposta a comentários/solicitações	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Não definido ou sem resposta	2	18%
Horas (respostas entre 2 e 6)	5	45%
1 a 3 dias	3	27%
Não respondem	1	9%

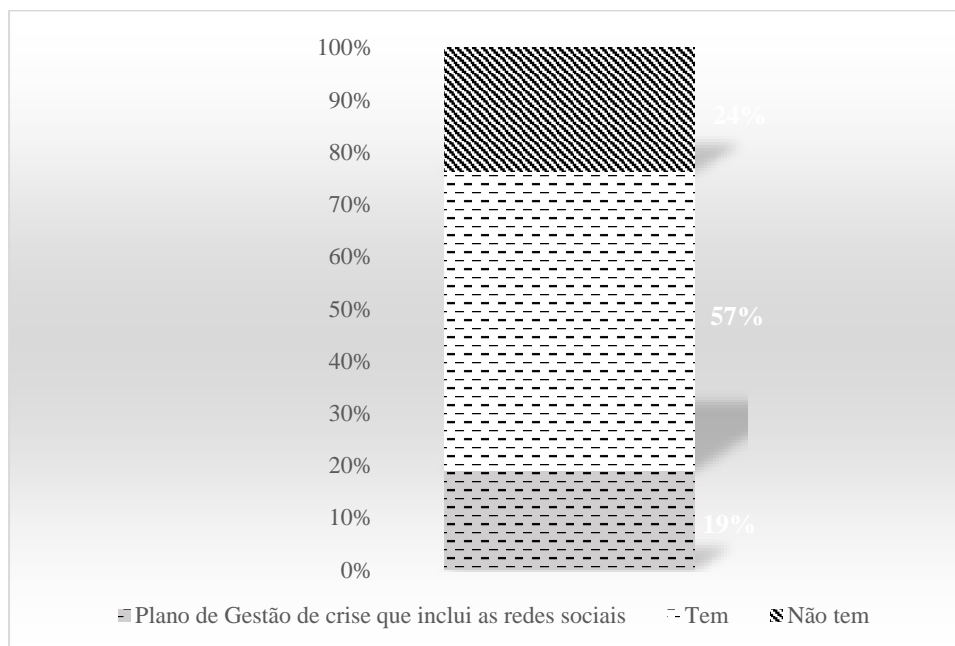
82% considera o Facebook a sua rede social mais relevante; 9% o LinkedIn; e 9% considera o LinkedIn a mais importante entre profissionais e o Facebook informalmente. De notar que nenhuma instituição considerou importante o Twitter, o Youtube, o Google+ ou outra rede social não mencionada no questionário (Gráfico 7).

Gráfico 7. Rede social mais importante para os respondentes



76% dos respondentes têm definido um plano de gestão de crise mas apenas 19% dizem ter incluído nesse plano a gestão de crise nas redes sociais (Gráfico 8).

Gráfico 8. Existência de plano de gestão de crise



5.1.3 Comunicação e gestão de crise

Considerou-se que, para ser possível construir um modelo de gestão de crise nas redes sociais para o setor da saúde, seria uma mais-valia ouvir as opiniões dos especialistas nesta matéria, de acordo com Moynihan (2008). Assim, construiu-se o questionário “Comunicação e gestão de crise”. Obtivemos resposta de 6 especialistas, dos quais 3 exercem as suas funções no setor da saúde e os restantes 3 em áreas diversas relacionadas com comunicação:

- i. a respondente A é Diretora de Comunicação num Centro Hospitalar português, licenciada em Ciências da Comunicação e doutoranda em Estudos da Comunicação para o Desenvolvimento;
- ii. a respondente B é, também, Diretora de Comunicação num Centro Hospitalar português, licenciada e pós-graduada em Jornalismo e Medicina em Saúde;
- iii. a respondente C é professora assistente convidada na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, no seu percurso profissional tem diversos trabalhos de parceria como a Unidade de Missão dos Hospitais SA, Plano de

Emergência para Prevenção do Contágio por Vírus Ébola nos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa), foi Diretora de Comunicação do SUCH (Serviço de Utilização Comum dos Hospitais) e Diretora Geral da Fundação Benfica; é pós-graduada pelo INSEAD, fez o mestrado na *Universidad Complutense de Madrid*, sendo presentemente doutoranda da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

- iv. o respondente D é Chefe dos Projetos Digitais na empresa *Haute Horlogerie/Joillerie*, no seu percurso profissionais tem passado pelos projetos digitais da BMW e da Airbus; é mestre em Marketing e *Management* e frequenta o Mestrado Executivo Especializado (ESCP Marketing);
- v. a respondente E é Diretora de Operações na EVCOM (empresa de agenciamento de comunicação), participa no Comitê de Capital Humano da Câmara Sueca, trabalha voluntariamente como coordenadora do Grupo de Trabalho de Recursos Humanos da Abracom; no seu percurso profissional passou pelas diversas áreas de comunicação (reportagens para jornal impresso, agências de notícias), foi Coordenadora de Comunicação das companhias aéreas GOL e VARIG; é licenciada em Jornalismo pela FIAM (Faculdades Integradas Alcântara Machado) e pós-graduada em Relações Internacionais pela FAAP (Fundação Armando Álvares Penteado);
- vi. a respondente F é fundadora da *Community Manager* Portugal, no seu percurso profissional foi Gestora de Marketing e Comunicação e *Head of Social Media*; é mestre em Gestão.

5.1.3.1 Presença nas redes sociais

Todos os respondentes consideram importante a presença das instituições (hospitalares incluídas) nas redes sociais (Tabela 5), embora apresentem motivos diversos (Tabela 6).

Tabela 5. Importância da presença das instituições nas redes sociais

Questão 1. Considera importante a presença das Organizações (nomeadamente as Instituições Hospitalares) nas redes sociais? Porquê?	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Importante	6	100%

Tabela 6. Motivo da importância da presença das instituições nas redes sociais

Motivo Questão 1.	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Transversalidade a todo o tipo de público.	2	33%
Velocidade de disseminação da informação.	1	17%
Efeito de proximidade.	1	17%
Partilha de informação (conselhos de saúde, sucessos da instituição, serviços oferecidos, entre outros).	3	50%
Reforço da imagem da instituição.	1	17%
Redução do efeito negativo da ida ao hospital.	1	17%

O motivo mais frequentemente apresentado é a possibilidade de partilha de todo o tipo de informação sobre a instituição. Uma respondente não apresentou motivo para a sua resposta. De ressaltar que duas respondentes frisaram a necessidade da monitorização constante das redes sociais, sem a qual não faz sentido a presença; a respondente B referiu que “as instituições de saúde não dispõem de recursos humanos e/ou de condições para que a sua presença nas redes sociais seja efetiva e eficaz”.

5.1.3.2 Comunicação

Quando questionados quanto à mudança, ou não, da política de comunicação da instituição face à publicação do Despacho nº 199/16 nº 2 alínea c) publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 4 — 7 de janeiro de 2016, obtiveram-se 3 respostas conforme a distribuição apresentada na Tabela 7. Uma vez que esta questão diz respeito a um despacho do setor da saúde foi dada a possibilidade de não responder aos respondentes que não fossem desta área.

Tabela 7. Alteração da política de comunicação face ao Despacho nº 199 de 2016

Questão 2. O Despacho nº 199/16 nº 2 alínea c) publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 4 — 7 de janeiro de 2016, permite aos utentes escolherem a Instituição de Saúde onde querem ser tratados. Considera que as Instituições Hospitalares deverão ter uma política de comunicação diferente face a esta alteração? Se sim, em que termos?	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Sim	2	67%
Não	1	33%

Uma respondente não apresentou motivo para a sua resposta (Tabela 8). A respondente A refere podermos “sonhar já com o tempo em que seja necessário recorrer às disciplinas da comunicação mais voltadas para a persuasão, nomeadamente, a publicidade”.

Tabela 8. Motivo para a alteração, ou não, da política de comunicação face ao Despacho nº 199 de 2016

Motivo Questão 2.	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Maior competitividade entre instituições, que obriga a melhoria da prestação.	1	33%
Informação adequada e não destinada a "convencer".	1	33%

Apenas uma respondente considera que as administrações estão envolvidas no plano de comunicação e o consideram importante (Tabela 9). Todos os restantes respondentes consideram que seria importante mas que não acontece, ou que raramente acontece.

Tabela 9. Envolvimento da administração no plano de comunicação

Questão 3. Considera que as Administrações estão envolvidas no plano de comunicação da Organização? Da sua perceção, as Administrações consideram o plano de comunicação importante? Qual a sua opinião sobre a importância do envolvimento da Gestão de topo nesta matéria?	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Consideram as Instituições envolvidas no plano de comunicação?	1	17%
As administrações consideram o plano de comunicação importante.	1	17%
Não se envolvem tanto quanto desejável.	5	83%

Todos os respondentes consideraram ser de extrema importância haver profissionais de comunicação dedicados a esta área (Tabela 10).

Tabela 10. Importância de ter profissionais de comunicação dedicados

Questão 4. Considera que as Organizações devem ter profissionais dedicados à Comunicação? Porquê?	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Importante	6	100%
Não importante	0	0%

Um respondente não apresentou motivo para a sua resposta. Apesar de os motivos apresentados serem maioritariamente convergentes (Tabela 11), um respondente salienta a necessidade desses profissionais estarem envolvidos na vida da organização de forma a conhecerem tanto aquilo que a organização tem para oferecer como conhecerem os problemas específicos do seu público-alvo. A respondente F realça que “nesta área vêm-se muitas pessoas sem qualquer formação a desempenharem estas funções ou a terem de assumir estas e outras funções cumulativas, mas não conheço uma que consiga ter bons resultados a funcionar desta forma”.

Tabela 11. Motivo da importância de ter profissionais de comunicação dedicados

Motivo Questão 4.	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
São profissionais capazes de minimizar a assimetria de informação e o desequilíbrio de forças destas organizações.	1	17%
São profissionais com formação específica.	2	33%
São profissionais com capacidade para gerir a comunicação social, prever cenários de crise e minimizar situações desfavoráveis.	3	50%
São profissionais com capacidade, conhecimento e formação para gerir a atrair públicos.	1	17%

5.1.3.3 Crises nas redes sociais

Todos os respondentes consideraram que as redes sociais têm a capacidade de exponenciar uma crise criada por um cliente/utente insatisfeito (Tabela 12).

Tabela 12. Capacidade das redes sociais exponenciarem uma crise

Questão 5. Considera que as redes sociais têm o poder de exponenciar uma crise criada por um cliente/utente?	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Têm capacidade	6	100%
Não têm capacidade	0	0%

Dois respondentes não apresentaram motivos para a sua resposta. O motivo mais apresentado (33%) foi o efeito “bola de neve” das redes sociais (Tabela 13). Uma respondente denota que na sua experiência os consumidores que se queixam online têm melhor resposta do que os que se queixam pelas vias tradicionais.

Tabela 13. Motivo da capacidade das redes sociais exponenciarem uma crise

Motivo Questão 5.	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Têm uma força disseminadora - efeito bola de neve.	2	33%
São muitas vezes usadas pela comunicação social tradicional (jornais, TV) como fonte de informação.	1	17%
Funcionam, muitas vezes, como canais de desabafo.	1	17%

Verifica-se na Tabela 14 quantos dos respondentes já lidaram, na sua experiência profissional, com crises geradas nas redes sociais. Os que o fizeram são de outros setores que não o da saúde. Uma respondente descreve algumas crises com que lidou com *outcomes* positivos, mas que não foram geradas nestes locais, tais como a explosão da Central de incineração no Parque Saúde de Lisboa; o apoio no Caso da Cegueira de doentes com diabetes no Centro Hospitalar Lisboa Norte; e o Plano de Emergência para Prevenção do Contágio da Doença por Vírus Ébola, nos PALOP. Uma respondente, com larga experiência em lidar com crises geradas neste meio mencionou que canais de comunicação abertos com o cliente insatisfeito que sejam ágeis são os principais meios para resolução destas crises. Outra respondente refere que lidou com diversas situações de insatisfação manifestadas nestes meios, mas pela sua gestão atempada e atenta não desenvolveram para situações de crise. É, ainda, descrita uma situação de crise relacionada com a gestão do lixo no turismo das Maldivas, e a sua estratégia de minimização do problema passou por solicitar aos queixosos que dessem tempo a esses hotéis incriminados para poderem modificar a gestão do lixo salientando que o turismo traz trabalho e riqueza para a população local.

Tabela 14. Gestão de crises geradas nas redes sociais

Questão 6. Na sua experiência profissional, já lidou com crises geradas nas redes sociais? Se sim, qual a sua experiência (o que correu bem, o que correu mal)?	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Sim	2	33%
Não	4	67%

Apenas uma respondente tem conhecimento de uma crise gerada nas redes sociais envolvendo uma instituição hospitalar (Tabela 15). A crise teve origem num artigo no blogue da instituição sobre “a partir de que idade se pode alisar o cabelo de crianças” a imagem associada ao artigo era de uma menina negra com cabelos encaracolados. A instituição foi acusada de preconceito e racismo e teve de retirar o artigo da página e apresentar o seu pedido de desculpas.

Tabela 15. Crises nas redes sociais envolvendo instituições hospitalares

Questão 7. Conhece crises nas redes sociais que tenham envolvido instituições hospitalares? Se sim, quais?	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Sim	1	17%
Não	5	83%

Todos os respondentes consideram que é importante estarem disponíveis linhas orientadoras para os profissionais agirem no caso de uma crise gerada nas redes sociais (Tabela 16).

Tabela 16. Importância da existência de linhas orientadoras para os profissionais de comunicação

Questão 8. Considera que os profissionais responsáveis pela comunicação devem ter linhas orientadoras sobre como atuar no caso de uma crise gerada nas redes sociais (por exemplo um plano de gestão de crise)?	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Importante	6	100%

Duas respondentes salientam a importância também da formação contínua e atualização constante dos profissionais. Um respondente acrescenta a importância de estar disponível a estes profissionais material de apoio pronto a ser publicado. As redes sociais têm uma vida em tempo real e necessitam, portanto, de respostas em tempo real. A existência

destas orientações, especialmente para profissionais que não têm autonomia, pode prevenir uma espera longa para a resposta que pode levar à perda de credibilidade e prejudicar ainda mais a imagem da organização.

A maioria dos respondentes (67%) refere ter conhecimento de planos de gestão de crise para as redes sociais (Tabela 17). No entanto, apenas duas respondentes dão exemplos (Barbará, 2016; Dias, 2014).

Tabela 17. Conhecimento de planos de gestão de crise para as redes sociais

Questão 9. Conhece algum modelo/plano de ação de gestão de crise nas redes sociais? Se sim, quais?	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Sim	4	67%
Não	2	33%

Os respondentes mencionaram diversas ferramentas que poderão ajudar a conter uma potencial crise nas redes sociais: Alertas do Google News, Facebook Search, Google Trends, Hootsuit, Instamizer, Mention e Scup. O que é considerado importante são ferramentas de monitorização e de gestão.

A maioria dos respondentes (67%) tem um instrumento para lidar com as crises nas redes sociais (Tabela 18). Uma das respondentes que não tem, informa terem linhas orientadoras que, no entanto, não estão formalizadas.

Tabela 18. Existência de instrumentos para lidar com crises nas redes sociais

Questão 10. No seu trabalho, possui algum instrumento (plano de ação, modelo, framework) para lidar com crises nas redes sociais? Quais são os pontos desse instrumento que considera fundamentais?	Frequência (f)	Frequência Relativa (%)
Sim	4	67%
Não	2	33%

Apenas duas respondentes identificaram os pontos-chave que consideram essenciais na gestão da crise (Quadro 3).

Quadro 3. Pontos-chave para a gestão de crise nas redes sociais

Respondente B	Respondente E
Ouvir	Tempo de resposta
Entender	Interação constante com o consumidor
Refletir	Comunicação assertiva
Contolar	Clareza de comunicação
Responder	Maturidade da equipa de gestão
---	Alinhamento comunicacional

5.2 Proposta de um modelo de gestão de crise nas redes sociais para o setor da saúde

A nossa recolha de dados mostra que as instituições hospitalares ainda não aderiram massivamente às redes sociais. Verificamos que a sua presença na Web é maioritariamente feita através de páginas institucionais.

Os novos modelos de gestão das instituições hospitalares – modelos empresariais, a orçamentação por produção, a obrigatoriedade de transparência e partilha de resultados institucionais com o público, trazem novos desafios uma vez que cada vez mais é pedido que se “produza” mas ao mesmo tempo é necessário que se “produza” com qualidade. Estes fatores a somar às novas políticas que permitem ao utente escolher a instituição hospitalar onde desejam ser tratados assumem contornos novos num setor que estava habituado a ser a única opção. Entendemos que nem sempre os Gestores tinham em mente a necessidade de implementar políticas de segurança do doente e qualidade dos cuidados, muitas vezes estes assuntos eram deixados em segundo plano para atender maioritariamente à questão da orçamentação e consequentemente ao aumento de produção. O desafio para os Gestores é entender que a qualidade dos cuidados e a segurança do doente têm de estar aliados a uma produção que permita à instituição hospitalar ter a orçamentação necessária. Se os utentes/doentes podem escolher o local de prestação de cuidados e, ao mesmo tempo, as

instituições são obrigadas a publicar os seus resultados, os utentes/doentes poderão fazer uma escolha consciente e fundamentada. É aqui que a Comunicação se apresenta como uma ferramenta essencial para chegar ao público-alvo. Isto é, antigamente um utente/doente que fosse tratado no SNS não teria escolha, tinha de ser tratado na instituição hospitalar da sua área residência ou, em caso desta não ter a especialidade pretendida, o doente/utente teria de ser tratado na instituição de referência para essa área. Hoje o doente/utente pode escolher. Este é um ponto de viragem. As instituições necessitam mostrar os seus serviços, publicitar os seus resultados e mostrar ao público os seus pontos fortes. Nos nossos dias, que lugar melhor para contactar todos os tipos de público do que as redes sociais?

Quando questionamos os especialistas verifica-se que consideram que a presença das instituições nas redes sociais é de extrema importância pois o público movimenta-se nelas e é facilmente acessível nestes locais. É também nestes locais que o público se sente mais à vontade para expressar o seu desagrado ou descontentamento. Então, não há dúvida que as instituições devem seguir o exemplo da indústria e serviços e marcar a sua presença neste meio. A par desta necessidade porém, é importante estar preparado para o que pode correr mal nestes locais. Ter meios para enfrentar uma crise gerada nas redes sociais e ter capacidade para a conter antes de danificar irreversivelmente a imagem e credibilidade da instituição.

Depois da revisão de literatura, recolha de dados e recolha de opiniões dos especialistas entendemos que o nosso modelo deve basear-se em três tópicos essenciais:

- [1] monitorização das redes sociais;
- [2] gestão da crise com um plano de comunicação definido;
- [3] controlo dos danos, monitorização das redes e reformulação dos pontos negativos.

5.2.1 Monitorização das redes sociais

A monitorização das redes sociais é o primeiro passo da gestão de crise. Nos dias que correm, em minutos uma publicação nestas redes pode gerar uma onda massiva de indignação. Então, é necessário que a todo o momento as redes sejam monitorizadas de forma a detetar potenciais crises.

Existem diversas ferramentas disponíveis que podem ser utilizadas para a monitorização:

- i. Google Alerts;
- ii. Hootsuit;
- iii. HowSociable;
- iv. Omgili;
- v. Open Social Buzz;
- vi. Social Mention;
- vii. TweetReach;
- viii. entre outros.

A maioria destas ferramentas pode ser utilizada de forma gratuita, podendo ter *upgrades* mediante uma opção paga. No entanto, na sua maioria a versão gratuita é suficiente.

- A. A instituição deve escolher quais as ferramentas a usar e iniciar a sua monitorização.
- B. A instituição deve ter colaboradores definidos para executarem esta monitorização.
- C. Qualquer acontecimento relevante deve ser, imediatamente, reportado ao Gestor de Comunicação.

Exemplificamos, seguidamente, a utilização de uma destas ferramentas.

O Google Alerts permite uma monitorização de toda a Web. Para utilizar a ferramenta deve criar uma conta Google e inserir as palavras-chave que pretende monitorizar (Figuras 7 e 8). A partir do momento da criação do alerta irá receber no e-mail dessa conta os *links* com os locais na Web onde essas palavras foram utilizadas.

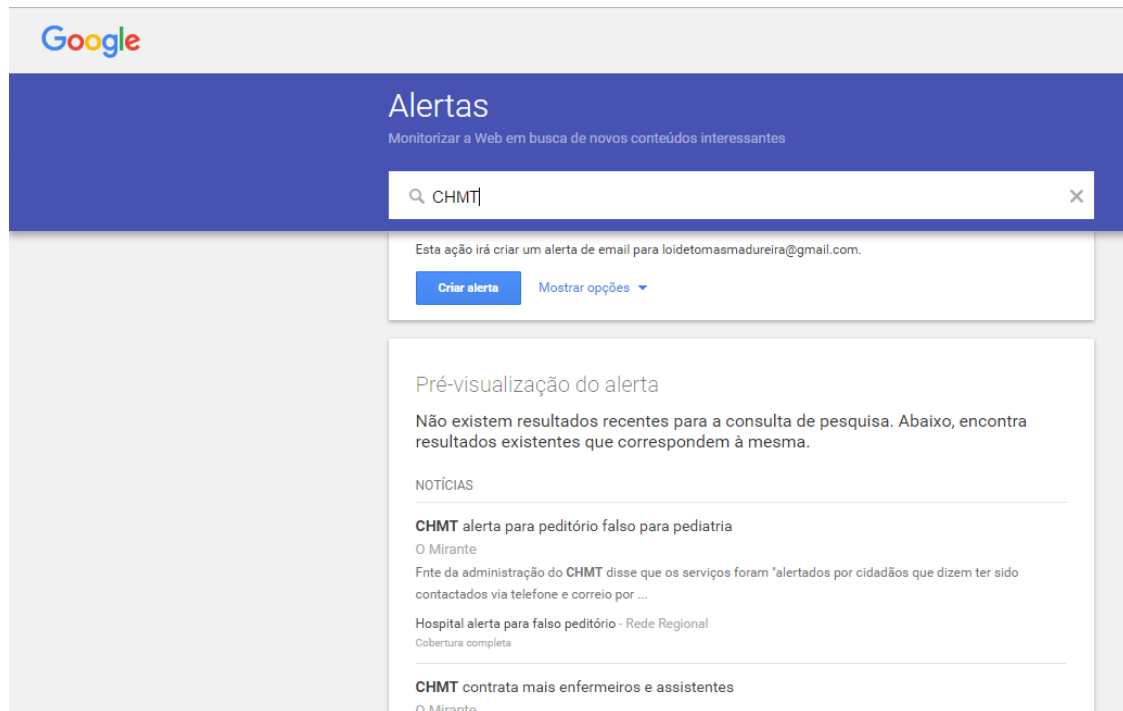


Figura 7. Criação de um alerta no Google Alerts

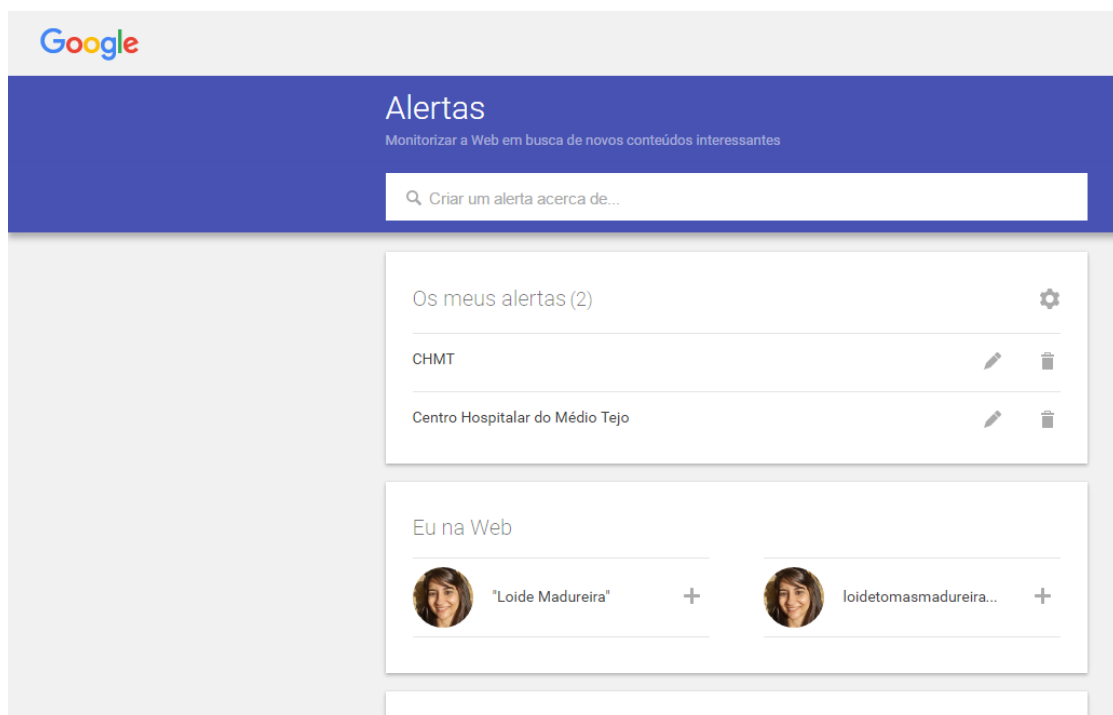


Figura 8. Visualização de todos os alertas do utilizador no Google Alerts

O Open Social Buzz permite uma monitorização especificamente nas redes sociais. Tal como no Google Alerts, é necessário criar uma conta de utilizador. Depois de guardar a pesquisa pretendida podem criar-se alertas de e-mail (Figura 9).

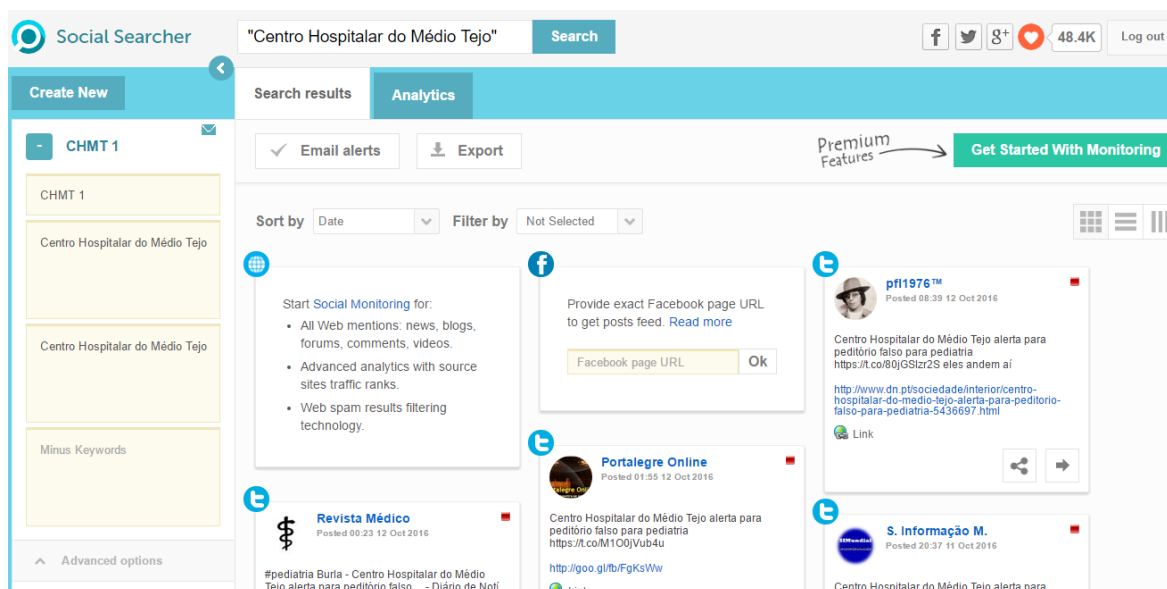


Figura 9. Monitorização das redes sociais com o Open Social Buzz

5.2.2 Preparação e ação em situação de crise

As instituições devem preparar-se para a crise antes de esta acontecer. É necessário que definam um plano de comunicação estruturado e consistente e que o divulguem a todos os colaboradores. Quando acontece uma crise, todos devem agir de forma coordenada, obedecendo a um conjunto de orientações pré-definidas. A gestão de crise nas redes sociais deve estar incluída no plano de comunicação; este deve ter alguns aspetos bem definidos para que, quando necessário, seja aplicado sem demoras.

- A. Definir o responsável pela comunicação com o exterior da instituição. Pensamos que o mais indicado será o Gestor de Comunicação, pelo seu conhecimento dos meios de comunicação social e experiência em comunicar com os *mass media*. O colaborador deverá ter acesso direto e facilitado aos órgãos de gestão da instituição, de forma a poder, juntamente com estes, desenhar a linha de resposta da instituição. O colaborador deverá ter uma

forma de contacto célere. Deverá, de igual forma, ter nomeado um substituto para as suas ausências e impedimentos.

- B. Definir um texto de resposta genérico, que seja adaptável às diversas crises que possam surgir, de forma a emitir um primeiro comunicado em tempo útil, e permitir à instituição ter tempo de analisar a situação em questão para emitir um segundo mais pormenorizado.

O texto deverá incluir que a instituição “Y” tomou conhecimento do incidente “X” e que está a envidar todos os esforços para recolher a informação necessária sobre o assunto. Deve disponibilizar uma linha de contacto para a comunicação social e informar que todos os comunicados serão publicados no website da instituição deixando o *link* do mesmo.

É necessário ter em conta que nas redes sociais as notícias alastram com uma velocidade alarmante, pelo que a primeira resposta deve ser emitido tão breve quanto possível.

- C. As crises nas redes sociais devem, sempre que possível, ser levadas para um local privado, isto é, a instituição deve mostrar de forma pública a sua disponibilidade para receber e atender os “queixosos”. Uma resposta ágil e que retire a conversa da esfera pública para a privada no menor tempo possível é o ideal.
- D. O objetivo de ter linhas de comunicação definidas para o caso de uma crise nas redes sociais, é de minimizar o impacto negativo que esta pode ter na imagem da instituição. Assim, os comunicados devem ser breves, transparentes, abertos, admitindo os erros. É necessário também que as palavras não sejam “ocas” mas sejam acompanhadas de ações. É este o ponto essencial para que o público acredite e continue a confiar na instituição.
- E. Após o primeiro comunicado de carácter geral, é necessário que a instituição promova a sua investigação interna de forma a compreender o que sucedeu, e a ter os dados necessários para fazer um comunicado mais pormenorizado e informado. As instituições devem assumir toda a cooperação necessária com as autoridades competentes. Os comunicados devem seguir-se em tempo útil de forma que o público entenda que o assunto não foi deixado ao esquecimento.

Após o primeiro esclarecimento público é importante que os que seguem sejam feitos por um membro pertencente aos órgãos de gestão, que assuma a “cara” da instituição.

- F. Deve ser feito um diagnóstico da crise: saber onde começou (se nas redes sociais ou se foi alastrado às redes sociais); como começou e por quem começou. Um diagnóstico precoce pode ser significativo na contenção da crise.
- G. Desde o primeiro momento é necessário que as instituições hospitalares públicas assumam a sua responsabilidade social. Assumir a responsabilidade não é assumir a culpa; pode ser expresso na forma de apoio aos lesados: apoio de cuidados de saúde, se necessário, e apoio psicológico aos lesados e familiares.
- H. Os gestores da comunicação e os órgãos de gestão devem assumir uma postura de empatia para com os lesados. Nunca devem assumir uma postura de culpabilização destes nem uma postura defensiva.
- I. Os comunicados da instituição devem ser partilhados com os colaboradores da mesma e devem ser definidas respostas padrão, nomeadamente, para os colaboradores que fazem atendimento ao público de forma a que estes estejam preparados no caso de serem abordados sobre o tema. Os colaboradores devem conhecer o plano de comunicação da instituição e a política de redes sociais da mesma. As informações a prestar devem limitar-se ao definido pelo Gabinete de Comunicação.
- J. Dadas as múltiplas plataformas onde as instituições estão presentes, devem escolher uma para ser a sua via de comunicação oficial, aconselha-se que seja o seu website. Todos os comunicados devem ser disponibilizados neste local.
- K. A par da disponibilização da informação no website deve ser feita constante atualização nas redes sociais, indicando o *link* de acesso a mais informação que deverá encaminhar para os comunicados. Existem ferramentas que permitem enviar a informação, simultaneamente para várias aplicações, como por exemplo o Tweetfeed. É importante que a instituição mantenha todos os seus canais de comunicação atualizados, desta forma minimizará também o

“assédio” por parte da comunicação social que terá matéria disponível para as suas peças.

- L. A crise deve ser monitorizada enquanto decorre, de forma a entender se as respostas dadas estão a ser eficazes e a adaptar a estratégia, caso necessário.
- M. Deve ser dada especial atenção à imagem da instituição nas suas páginas (website e redes sociais), principalmente se a crise é gerada por uma morte. Devem ser retiradas todas as imagens que possam gerar indignação (imagens de pessoas a sorrir, imagens demasiadamente coloridas). Propõe-se que a instituição tenha um website preparado para colocar online em caso de necessidade, especialmente dedicado para a gestão da crise em curso com indicação para seguir para a página principal clicando num *link*. Desta forma a instituição não necessitará preocupar-se com a sua criação no momento de crise, uma vez que já se encontra preparada.
Esta página poderá ter locais preparados para: contactos da imprensa; contactos dos lesados e familiares; comunicados; informação de como obter apoio (nomeadamente de saúde e psicológico).
- N. O tom dos comunicados deve ser pensado e ponderado, tomando como base alguns princípios básicos:
 - a. admitir a verdade dos factos e não tentar diminuí-la;
 - b. aceitar a sua responsabilidade social e disponibilizar os meios para a concretizar;
 - c. mostrar empatia e pesar pelos lesados;
 - d. não culpabilizar;
 - e. usar uma linguagem acessível e evitar os termos técnicos que o público não entende; quando a sua utilização for necessária devem ser explicados.
- O. Os comunicados no website, nas diversas redes na comunicação social e as informações cedidas por colaboradores de atendimento devem ser consistentes, não contendo incoerências.
- P. Os comentários maldosos ou mal informados nas páginas de redes sociais não devem provocar reações emotivas por parte da instituição. Esta deve manter

sempre um tom aberto e um discurso franco, mostrando a sua preocupação com o problema e as suas atitudes de resolução.

- Q. Os colaboradores que não estão diretamente envolvidos, devem também conhecer o plano de comunicação e entender o seu papel numa crise.
- R. Os membros dos órgãos de gestão que falam publicamente devem ser treinados na postura e no tom de voz, bem como na forma de responder corretamente à comunicação social. Podem ser treinadas técnicas de entrevista e a forma de lidar com diferentes abordagens: entrevistas, comentários, comunicados. Devem ser capazes de bloquear questões evasivas e criar pontes para o público. Pode equacionar-se a colocação destes vídeos nas redes sociais.

De forma a validar/melhorar a gestão de crises nas redes sociais, o plano de comunicação deve ser testado. Podem ponderar-se cenários fictícios e realizar ações de formação a todos os colaboradores envolvidos.

Entendemos que a grande diferença entre as instituições hospitalares públicas e outros setores na gestão de crise, passa pelo seu papel no seio da sociedade. Os doentes/utentes destas instituições recorrem a elas não por vontade, mas por necessidade. Recorrem às instituições hospitalares em momentos de grande vulnerabilidade e incerteza e, quando algo corre mal os seus medos são exponenciados. A saúde é um meio com grande assimetria de informação, isto é, o público não entende muita da informação partilhada. Então, é necessário que a instituição entenda que a saúde é um assunto sensível e que gera muita fragilidade e que, partindo destes pressupostos, assuma o seu papel, devolva a confiança ao doente/utente, mostrando sempre a sua empatia e disponibilidade.

5.2.3 Controlo dos danos e monitorização das redes

Uma crise é sempre um momento de aprendizagem. Existem sempre situações que correm menos bem, por vezes existem situações que correm mal, mesmo para instituições que estavam preparadas. Nesta fase é necessário que se reúnam os colaboradores-chave e todos partilhem as suas opiniões sobre a experiência.

- A. As redes sociais devem ser monitorizadas de forma a verificar se o problema foi contido e a detetar quaisquer reacendimentos do tema (ver capítulo 5.2.1).

- B. Deve ser feita uma análise à imagem da instituição após a crise e promovidas ações para a sua promoção no meio da comunidade.
- C. As situações negativas devem ser compreendidas e estudadas medidas para as evitar no futuro.
- D. O plano deve ser revisto, incluindo as ações discutidas no ponto anterior.

5.2.4 Diagrama do modelo proposto

Apresenta-se na Figura 10 um diagrama com o resumo do modelo proposto.

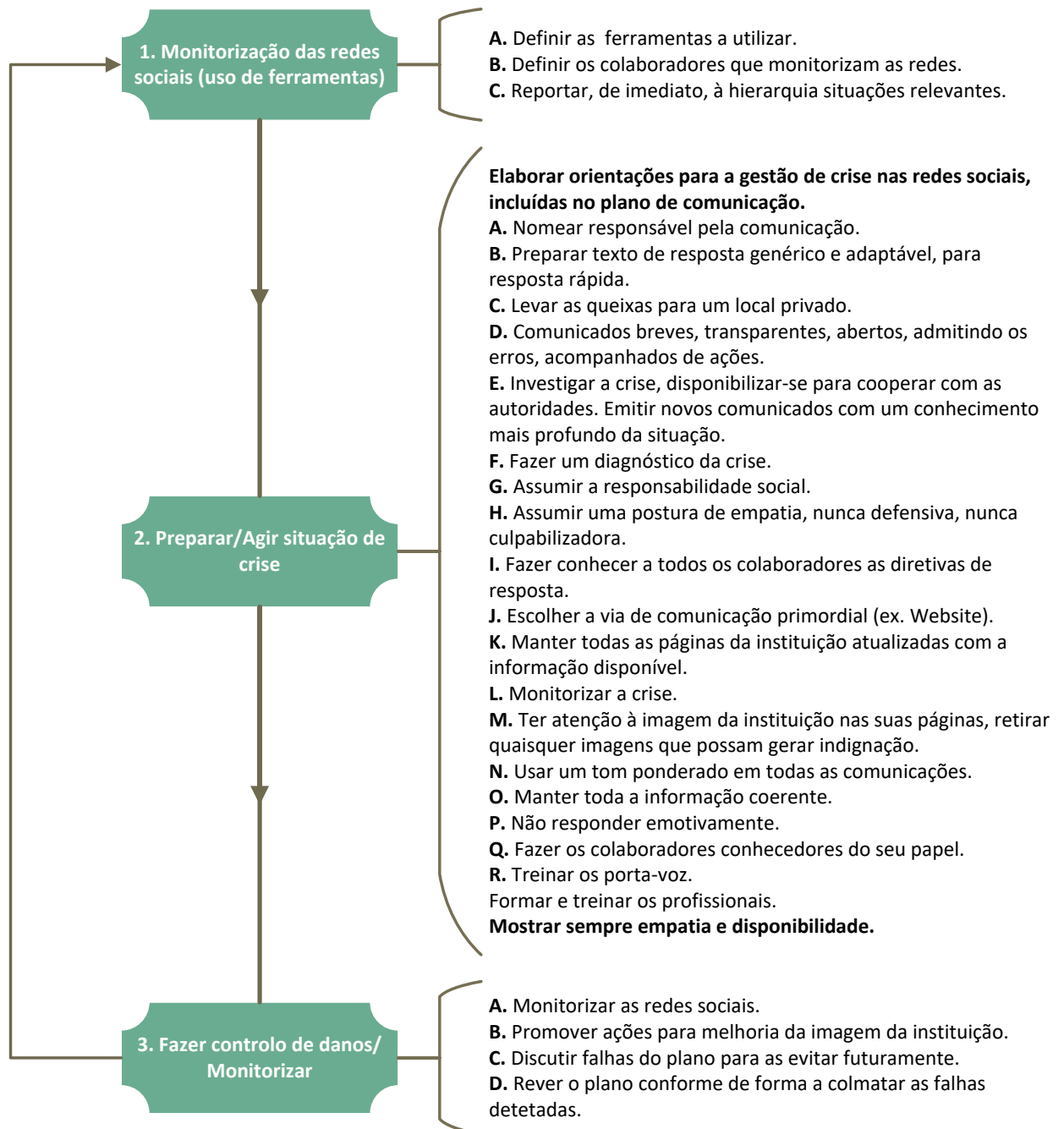


Figura 10. Diagrama do modelo proposto para a gestão de crises nas redes sociais para o setor da saúde

6. Conclusões

Com este trabalho investigámos a presença das instituições hospitalares na Web, sendo que todas as instituições hospitalares públicas portuguesas têm um website. Já a sua presença nas redes sociais não é tão massiva: apenas 44% das instituições hospitalares portuguesas se encontram presentes neste meio, sendo o Facebook a rede social mais usada. Da nossa pesquisa não encontramos situações de crise nas redes sociais envolvendo o setor da saúde. Existem reclamações e queixas, mas nenhuma situação geradora de conflito como as exemplificadas no presente trabalho, a título de exemplo a da EDP ou da ENSITEL.

Das instituições hospitalares respondentes ao questionário *As instituições hospitalares portuguesas e as redes sociais*, 76% afirmam ter um plano de comunicação definido, mas apenas 31% o divulgou e disponibilizou aos seus colaboradores. Apenas 19% dizem ter incluído a gestão de crise nas redes sociais no plano de comunicação.

Os especialistas respondentes ao questionário *Comunicação e gestão de crise* consideram muito importante a presença das instituições hospitalares nas redes sociais, uma vez que estas são transversais e acessíveis a todo o tipo de público. Consideram, no entanto, importante que as instituições estejam preparadas para eventuais crises nestes locais, dado estes terem a capacidade de as potenciar.

A presença pouco expressiva das instituições hospitalares nestes meios não lhes produz o sentimento de necessidade de estarem preparadas para uma potencial crise aí gerada. No entanto, quando questionados todos os especialistas, incluindo os do setor da saúde, expressam concordância com a necessidade deste plano.

Assim, entendemos este trabalho como um alerta para a necessidade das instituições hospitalares marcarem a sua presença nas redes sociais, e terem uma ferramenta de ajuda no sentido de se prepararem para uma eventual crise.

O presente trabalho de investigação cumpriu os objetivos inicialmente propostos. Foi criada a proposta de um modelo de apoio aos profissionais que fazem a gestão da comunicação na crise nas instituições hospitalares portuguesas, que permite uma monitorização das redes sociais, em tempo útil, das notícias (sob as diferentes formas que podem surgir: comentários, artigos, difamações, entre outros), possibilitando uma atitude preventiva. Foi fornecido um conjunto de linhas orientadoras sobre a gestão da crise

envolvendo as instituições hospitalares, prevenindo o superdimensionamento das notícias negativas. Foi fornecido um conjunto de soluções que permitam a monitorização e acompanhamento pós-crise. Pretendeu-se, com o modelo apresentado, facilitar uma comunicação eficiente nas crises em saúde. Tal como o modelo de comunicação apresentado por Mitroff, Pauchant, e Shrivastava (1988), este assenta em três fases essenciais: deteção, gestão da crise e correção/avaliação. O modelo é simples e de aplicação prática e as ferramentas apresentadas são acessíveis a qualquer pessoa, não envolvendo custos de maior para as instituições. Após a sua elaboração, o modelo foi validado pelos especialistas, e as sugestões feitas foram incluídas no mesmo.

Apesar da lei que permite aos cidadão escolher o estabelecimento de saúde onde pretendem ser atendidos, verifica-se que ainda não existe competitividade no setor público. Os doentes/utentes que se dirigem ao Hospital fazem-no em situação de vulnerabilidade não tomando consciência da sua opção de escolha. Entendemos então que ainda existe uma grande diferença que separa as instituições hospitalares públicas e as privadas. Enquanto as primeiras vêm os seus doentes que recorrem a si “sem escolha” as segundas têm essa escolha implícita, tendo assim provavelmente outras atitudes perante a necessidade de conservar a imagem da sua instituição.

A grande assimetria de informação entre os profissionais de saúde e os seus doentes/utentes, aliada à fragilidade destes leva-nos a entender que se torna ainda mais importante uma boa gestão de crise neste locais, de forma que a instituição rapidamente devolva a confiança ao doente/utente, mostrando sempre a sua empatia e disponibilidade.

Este trabalho tem relevância no meio atual, uma vez que pudemos confirmar a inexistência destes planos para o setor da saúde, sendo valorizado pela comunidade científica (Madureira & Marques, 2016a, 2016b). Este setor não está ainda preparado para lidar com estas questões, como acontece por exemplo no setor da aviação. Sem uma preparação adequada uma crise gerada nas redes sociais pode ter repercussões desastrosas.

A investigação futura pode centrar-se em duas ações distintas: a implementação do modelo proposto e o teste ao modelo.

A implementação do modelo necessita da criação de todas as ferramentas propostas, definição dos circuitos de informação, formação e treino. Com este tipo de implementação será possível, por si só, identificar as oportunidades de melhoria do modelo.

Já o teste do modelo é mais complexo, uma vez que terá de existir uma crise deste género para se testar todas as suas componentes e verificar como este se pode tornar mais eficaz e efetivo. Não podemos criar uma crise para testar o modelo, mas como investigação de caso poder-se-á analisar uma situação de crise que tenha surgido numa instituição que o tenha aplicado de forma a melhorá-lo.

Como investigação futura poder-se-iam, também, aplicar os questionários deste trabalho às instituições hospitalares privadas portuguesas, de forma a compreender a diferença real entre o setor público e o setor privado; e a trazer as boas práticas privadas para o setor público.

Referências Bibliográficas

- Alexander, B., & Levine, A. (novembro/dezembro de 2008). Web 2.0 Storytelling: Emergence of a New Genre. *Educause*, 40-56.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Barbará, D. (12 de julho de 2016). *Gerenciamento de crises nas redes sociais*. Obtido em 15 de agosto de 2016, de AdNews: <http://tinyurl.com/z7huop2>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdos*. Coimbra: Edições 70.
- Barros, P. P. (2013). *Pela Sua Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Beasley, M. (2013). *Practical Web Analytics for User Experience: How Analytics Can Help You Understand Your Users*. Waltman: Morgan Kaufmann.
- Boquinhas, J. M. (2012). *Políticas e Sistemas de Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Braga, R. (2013). A Plataforma de Dados em Saúde está aí - estamos preparados para ela? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 7-9.
- Campos, A., & Sara, S. A. (15 de março de 2016). *Por dia, 12 pessoas morrem com infeções hospitalares em Portugal*. Obtido em 15 de abril de 2016, de Público: <http://tinyurl.com/htntxfq>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho (Org.), A. A. (2008). *Manual de Ferramentas da Web 2.0 para Professores*. Lisboa: Ministério da Educação | DGIDC.
- Centro Hospitalar São João. (15 de janeiro de 2009). *Carta de Humanização*. Obtido em 05 de março de 2016, de Centro Hospitalar São João: <http://tinyurl.com/ja8qf76>
- Chaka, C. (2010). E-Learning 2.0: Web 2.0, the Semantic Web and the Power of Collective Intelligence. Em S. C.-Y. Yuen, & H. H. Yang (Edits.), *Handbook on practices and outcomes in e-learning: issues and trends* (pp. 38-59). New York: Information Science Reference.
- Cohen, L., Manion, L., & Morriison, K. (2007). *Research Methods in Education*. New York: Routledge.
- Comfort, L. (dezembro de 2007). Crisis Management in Hindsight: Cognition, Communication, Coordination, and Control. *Public Administration Review*, 189-197.
- Costa, J. (2012). A sustentabilidade dos sistemas de saúde. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, 8, 12-17.

- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Covello, V. T. (2010). Best Practices in Public Health Risk and Crisis Communication. *Journal of Health Communication*, 5-8.
- Crespo, J. (2013). A interação do utente com a Plataforma de Dados em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 202.
- Cruz, D. I., Paulo, R. R., Dias, W. S., Martins, V. F., & Gandolf, P. E. (2011). O uso das mídias digitais na educação em saúde. *Cadernos da FUCAMP*, v.10, n.13, 106-129.
- Demiris, G. (2006). The diffusion of virtual communities in health care: Concepts and challenges. *Patient Education and Counseling*, 62, 178-188. Obtido em 15 de julho de 2016, de <http://tinyurl.com/j7rhkq7>
- Department of Health UK. (dezembro de 1997). *The New NHS: modern . dependable*. London: The Stationery Office. Obtido de Government of UK.
- Diário de Coimbra. (03 de julho de 2016). Rovisco Pais recebeu prémio “Boas Práticas em Telemedicina”. Coimbra, Portugal. Obtido em 15 de julho de 2016, de <http://tinyurl.com/zzpp8hc>
- Diário de Notícias. (15 de março de 2016). *Infecções hospitalares matam 12 pessoas por dia em Portugal*. Obtido em 15 de abril de 2016, de Diário de Notícias: <http://tinyurl.com/jfy2hen>
- Dias, H. (01 de junho de 2014). *5 Passos para criar um plano de crise para os Social Media*. Obtido em 15 de agosto de 2016, de Community Manager Portugal: <http://tinyurl.com/hth2up3>
- Dosemagen, S., & Aase, L. (27 de janeiro de 2016). *How Social Media Is Shaking Up Public Health and Healthcare*. Obtido em 08 de junho de 2016, de The Huffington Post: <http://tinyurl.com/j5kt6dp>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2013). *Acesso, concorrência e qualidade no setor convencionado com o SNS*. Porto: ERS.
- European Commission. (25 de julho de 2001). *European Governance A White Paper*. Obtido em 01 de abril de 2016, de European Commission: <http://tinyurl.com/zv2yqgt>
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, e-20.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *The BMJ*, 1166-1171.
- Facebook. (04 de fevereiro de 2015). *A favor do tratamento dos doentes com Hepatite C*. Obtido em 01 de agosto de 2016, de Facebook: <http://tinyurl.com/hgjcgv>
- Facebook. (2016). *Stats 2016*. Obtido em 03 de julho de 2016, de Facebook Newsroom: <http://tinyurl.com/6ncarnd>

- Fagundes, M. D., & Santos, D. (abr.-jun. de 2010). Saúde e dietética na medicina preventiva medieval: o regimento de saúde de Pedro Hispano (século XIII). *História, Ciências, Saúde*, v.17, n.2, 333-342.
- Falgon. (2013). *Business Intelligence nas redes sociais*. Obtido em 15 de junho de 2016, de Falgon: <http://tinyurl.com/hplq65n>
- Ferreira, J. (2009). *Concorrência público-privado no sistema de saúde português: uma análise exploratória*. Instituto Superior Técnico. Lisboa: (autor).
- Ferreira, J. M., Neves, J., Abreu, P. N., & Caetano, A. (1996). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.
- Ferreira, M. F., & Silva, C. (2012). Reformas da gestão na saúde - desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - n.º 8, 2012.
- Forester Consulting. (setembro de 2009). *Appraising Your Investment In Enterprise Web Analytics*. Obtido em 15 de julho de 2016, de <http://tinyurl.com/jtqjl8y>
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação - Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Edições Almedina.
- Giustini, D. (2006). How Web 2.0 is changing medicine. *The BMJ*, 1283-1284.
- Góis, A. (15 de março de 2016). *Estamos a tomar menos antibióticos, mas continuamos acima da média europeia*. Obtido em 15 de abril de 2016, de Rádio Renascença: <http://tinyurl.com/j4exnbk>
- Gombeski Jr., W. R., Taylor, J., Piccirilli, A., Cundiff, L., & Britt, J. (2008). Effectively Executing a Comprehensive Marketing Communication Strategy. *Health Marketing Quarterly*, 97-115.
- Gonçalves, C., Alves, I., & Ramos, V. (março de 2010). Cidadão e Saúde: da resposta a necessidades à gestão de expectativas, incluindo o papel dos média. *Saúde em Rede*, 1-18.
- Graça, L. (27 de março de 2005). *Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspectiva Sociológica (III Parte)*. Obtido em 4 de janeiro de 2016, de Escola Nacional de Saúde Pública: <http://tinyurl.com/go6y8kg>
- Grande Enciclopédia Universal* (Vol. 15). (2004). Lisboa: Durclub, S.A.
- Grande Enciclopédia Universal* (Vol. 11). (2004). Lisboa: Durclub, S.A.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *A participação em redes sociais é mais frequente em Portugal do que na UE*. Lisboa: INE.
- International Air Transport Association. (dezembro de 2014). *Crisis Communication and Social Media: A Best Practice Guide to Communicating in an Emergency*. Obtido

- em 31 de março de 2016, de International Air Transport Association: <http://tinyurl.com/h8t2bow>
- Kahneman, D. (1999). Objective Happiness. Em D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz, *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 3-25). New York: Russell Sage Foundation.
- Kaushik, A. (2009). *Web Analytics 2.0: The Art of Online Accountability and Science of Costumer Centricity*. Sybex.
- Knight, E., Werstine, R. J., Rasmuss, D. M., Fitzsimmons, D., & Petrella, R. J. (2014). Physical Therapy 2.0: Leveraging Social Media to Engage Patients in Rehabilitation and Health Promotion. *Physical Therapy*, 389-396.
- Kotler, P., Shalowitz, J., & Stevens, R. J. (2008). *Strategic Marketing for Health Care Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kreps, G., Bonaguro, E., & Query, Jr., J. (1998). The history and development of the field of health communication. Em L. Jackson, & B. Duffy, *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions* (pp. 1-15). Westport, CT: Greenwood Press. Obtido de Russian Communication Association.
- Krishnan, K., & Rogers, S. (2014). *Social Data Analytics: Collaboration for the Enterprise*. Waltham: Morgan Kaufmann.
- Madureira, L. T., & Marques, C. G. (2016a). A Comunicação em saúde na Era das redes sociais. Em C. G. Marques, A. Nata, E. F. Brou, E. R. Lopes, F. Pedro, & P. P. Almeida (Ed.), *Atas da XI Semana de Gestão. Rumos Estratégicos: Começar e Recomeçar* (pp. 41-48). Tomar: Instituto Politécnico de Tomar.
- Madureira, L. T., & Marques, C. G. (2016b). Proposta de um Modelo de Gestão de Crise nas Redes Sociais para o Setor da Saúde. Em A. Rocha, L. P. Reis, M. P. Cota, O. S. Suárez, & R. Gonçalves (Ed.), *Sistemas y Tecnologías de Información. Actas de la 11a Conferencia Ibérica de Sistemas y Tecnologías de Información (Vol I)* (pp. 1175-1179). Gran Canaria: Associação Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação.
- Marques, C. G. (agosto de 2011). Desenvolvimento e Implementação de um Modelo de Blended-Learning com Objetivos de Aprendizagem no Ensino Superior. *Tese de Doutorado em Ciências da Educação*.
- Marques, C. G., & Carvalho, A. A. (2009). Contextualização e Evolução do E-learning: dos Ambientes de Apoio à Aprendizagem às Ferramentas da Web 2.0. *Actas da VI Conferência Internacional de Tecnologias de Informação e Comunicação na Educação – Challenges 2009* (pp. 985-1001). Braga: Universidade do Minho.
- Mateus, A. M. (2008). *Concorrência, Eficiência e Saúde*. Obtido em 15 de abril de 2016, de Concorrência: <http://tinyurl.com/hr7att6>

- Ministério da Saúde. (2015). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (2014)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mitroff, I., Pauchant, T., & Shrivastava, P. (1988). The Structure of Man-made Organizacional Crises: Conceptual and Empirical Issues in the Development of a General Theory of Crisis Management. *Technological Forecasting and Social Change*, 83-107.
- Moorman, C. (18 de janeiro de 2015). *Measuring The Impact Of Social Media On Your Business*. Obtido em 08 de julho de 2016, de Forbes: <http://tinyurl.com/h5pc48k>
- Morais, P. (17 de outubro de 2011). *Maketing Digital: EDP alvo de críticas nas Redes Sociais*. Obtido em 18 de julho de 2016, de SlideShare: <http://tinyurl.com/zpb4n82>
- Moreira, P. J., & Pestana, S. C. (2012). Web 2.0 e comunidades em saúde: a participação em comunidades virtuais em Portugal. *Revista de Comunicación y Salud*, 41-62.
- Moynihan, D. (março/abril de 2008). Learning under Uncertainty: Networks in Crisis Management. *Public Administration Review*, 350-365.
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism. (2012). *Social Media Use during Disasters*. Maryland: START. Obtido em 15 de julho de 2016, de <http://tinyurl.com/mevmt4o>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2003). *Saúde, que rupturas?* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- O'Reilly, T. (2007). What Is Web 2.0: Design Patterns and Business - Models for the Next Generation of Software. *Communications & Strategies*, 17-37.
- Pearson , C., & Clair, J. (2008). Reframing Crisis Management. Em A. Boin, *Crisis Management - Volume II* (pp. 1-24). Los Angeles, USA: SAGE Publications Inc.
- Pinho, M. G. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, 8, 68-87.
- Pinto, H. (21 de 03 de 2016). *Redes Sociais -*. Obtido em 01 de agosto de 2016, de Helder Pinto - Consultor Marketing Digital: <http://tinyurl.com/z6858ew>
- Priberam. (2013). *Crise*. Obtido em 2 de setembro de 2016, de Priberam Dicionário: <http://tinyurl.com/gmfubsy>
- Primo, A. (2007). O aspecto relacional das interações na Web 2.0. *E- Compós*, 9, 1-21.
- Ramos , A. R., & Silva, C. (2009). *Evolução do seguro de saúde em Portugal*. Lisboa: Instituto de Seguros de Portugal.
- Reichardt, C. S., & Cook, T. D. (1986). *Métodos Cualitativos y Cuantitativos em Investigación Evaluativa*. Madrid: Morata.

- Rocha, C. F. (09 de agosto de 2015). As redes sociais: entre limites e possibilidades. Washington DC. Obtido em 15 de abril de 2016, de <http://tinyurl.com/z2jxrur>
- Roque, A., Esteves, P., & Quelhas, R. (19 de fevereiro de 2009). *Portefólio de Metodologias de Investigação*. Obtido em 30 de agosto de 2016, de WordPress.com: <http://tinyurl.com/hbkzzfo>
- Rosental, U., Boin, A., & Comfort, L. (2001). *Managing Crises - Threats, Dilemmas, Opportunities*. Springfield, Illinois, USA: Charles C Thomas - Publisher, Ltd.
- Ruão, T., Lopes, F., Marinho, S., Pinto-Coelho, Z., & Fernandes, L. (2012). *Fontes e Assessorias em Saúde: duas faces da mesma moeda?* Braga: Universidade do Minho: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade.
- Sampaio, C. (2007). *Web 2.0 e Mashups*. Rio de Janeiro: Brasport Livros e Multimídia Ltda.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2014). *Missão e Valores*. Obtido em 05 de março de 2016, de Santa Casa: <http://tinyurl.com/k298g4b>
- Santa Casa da Misericórdia de Mourão. (2016). *Historial da Santa Casa da Misericórdia de Mourão*. Obtido em 05 de março de 2016, de Santa Casa da Misericórdia de Mourão: <http://tinyurl.com/zaf3qxj>
- Santos, L. (2013). *Business Intelligence 2.0 e as mídias sociais*. Obtido em 15 de julho de 2016, de Devmedia: <http://tinyurl.com/zpjajt3>
- Sapriel, C. (2003). Effective crisis management: Tools and best practice for the new millennium. *Journal of Communication Management*, 1-8.
- Sécurité Sociale. (16 de junho de 2011). *Historique du système français de Sécurité sociale*. Obtido em 09 de março de 2016, de Sécurité Sociale: <http://tinyurl.com/jhz694z>
- Segaran, T. (2007). *Programming Collective Intelligence - Building Smart Web 2.0 Applications*. Sebastopol: O'Reilly.
- Shirky, C. (Jan/Fev de 2011). *The Political Power of Social Media*. Obtido em 01 de julho de 2016, de Foreign Affairs: <http://tinyurl.com/zyrsru2>
- Smith, T. (2014). The social media revolution. *International Journal of Market Research*, 51, Issue 4, 559-561.
- Tavares, V. (06 de novembro de 2012). *O Papel das Redes Sociais na Primavera Árabe de 2011: implicações para a ordem internacional*. Obtido em 05 de maio de 2016, de Mundorama, Revista de Divulgação Científica em Relações Internacionais: <http://tinyurl.com/hsw9nqk>
- Telles, A. (29 de dezembro de 2010). *Anatomia de uma crise: o caso Ensitel*. Obtido em 18 de julho de 2016, de Briefing - Os negócios do Marketing: <http://tinyurl.com/hsyq2f2>
- Tennant, B., Stellefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S., & Alber, J. (2015). eHealth Literacy and Web 2.0 Health Information Seeking Behaviors Among Baby Boomers and Older Adults. *Journal of Medical Internet Research*, 70.

- The National Archives. (s.d.). *The Cabinet Papers 1915-1986*. Obtido em 05 de março de 2016, de The National Archives: <http://www.nationalarchives.gov.uk/cabinetpapers/alevelstudies/1940-origins-welfare-state.htm>
- Thomas, R. (2006). *Health Communication*. New York: Springer Science+Business Media.
- TVI24. (15 de março de 2016). *Resistência de microrganismos aos antibióticos baixou, mas continua elevada*. Obtido em 15 de abril de 2016, de TVI24: <http://tinyurl.com/zhdthcj>
- US National Library of Medicine. (2005). *PubMed*. Obtido em 05 de março de 2016, de US National Library of Medicine: <http://tinyurl.com/hvx9ty>
- Van De Belt, T. H., Engelen, L., Berben, S., & Schoonhoven, L. (2010). Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 18.
- Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E., & Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *15*, 1301-1313.
- Verghese, A. (19 de março de 2016). *Refocus Attention on Patients, Says FMX Keynoter*. Obtido em 15 de abril de 2016, de American Academy of Family Physicians: <http://tinyurl.com/jb5glvk>
- Vitt, E., Luckevich, M., & Misner, S. (2008). *Business Intelligence: Making Better Decisions Faster*. Redmond, Washington: Microsoft.
- Winkelman, W. J., & Choo, C. W. (2003). Provider-sponsored virtual communities for chronic patients: improving health outcomes through organizational patient-centred knowledge management. *Health Expectations*, 6, 352-358.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *Health*. Obtido em 15 de março de 2016, de World Health Organization: <http://tinyurl.com/nf97xs>
- World Health Organization. (2016). *About WHO*. Obtido em 09 de março de 2016, de World Health Organization: <http://tinyurl.com/hqhw26n>
- World Health Organization. (2016). *Health literacy and health behaviour*. Obtido em 05 de março de 2016, de World Health Organization: <http://tinyurl.com/ylb5zu5>
- Wright, K. B., Sparks, L., & O'Hair, H. D. (2012). *Health Communication in the 21st Century*. John Wiley and Sons Ltd.

Anexos

Anexo A. Grelha de análise da presença na Web

Nome	
Nº ordem	
Região	
Hospital/Centro Hospitalar	
Tipo Gestão	
Tipo de Instituição	
Tem website?	
Endereço website	
Endereço de e-mail	
Tem indicação das Redes Sociais no website?	
Está nas redes sociais?	
Quantas?	
Tem Facebook?	
Endereço do Facebook	
Permite publicações?	
Permite comentários?	
Nº gostos/amigos da página	
Tem Twitter?	
Endereço Twitter	
Tem LinkedIn?	
Endereço LinkedIn	
Tem Youtube?	
Endereço Youtube	
Tem Google+?	
Endereço Google+	
Observações	

Anexo B. As instituições hospitalares portuguesas e as redes sociais

As instituições hospitalares portuguesas e as redes sociais

Exmo. (a) Sr. (a)

o meu nome é Loide Tomás Madureira e sou aluna do Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde do Instituto Politécnico de Tomar.

No âmbito da dissertação com o tema "Proposta de um modelo de gestão de crise nas redes sociais para o setor da saúde" orientada pelo Professor Doutor Célio Gonçalo Marques, surge a necessidade de conhecer a realidade nacional no que respeita à interação das Instituições Hospitalares nas redes sociais.

A Vossa colaboração no preenchimento do questionário que enviamos é de extrema importância para a prossecução deste estudo. O questionário é curto e o seu preenchimento demorará menos de 5 minutos.

Serão aceites respostas até ao dia 31/07/2016.

Agradecemos, desde já, a Vossa participação.

Os investigadores,

Loide Tomás Madureira

Célio Gonçalo Marques

Para qualquer esclarecimento adicional, poderão contactar-me através do e-mail loidetomasmadureira@gmail.com.



Tipo de Instituição: ☐ Centro Hospitalar ☐ Hospital Autónomo ☐ Unidade Local de Saúde

☐ Outro: Clique aqui para digitar texto.

Instituição: Clique aqui para digitar texto.

1. A Instituição tem Gabinete de Comunicação próprio? ☐ Sim ☐ Não

2. A Instituição tem um Plano de Comunicação? ☐ Sim ☐ Não

a. Se sim, selecione as opções que se aplicam:

☐ O Plano de Comunicação foi divulgado e encontra-se acessível aos colaboradores.

☐ O Plano de Comunicação abrange a área da comunicação interna.

☐ O Plano de Comunicação abrange a área da comunicação externa.

3. A Instituição está presente nas redes sociais? ☐ Sim ☐ Não

a. Se sim,

i. quais?

☐ Facebook

☐ Twitter

☐ Google+

☐ LinkedIn

☐ YouTube

☐ Outros: Clique aqui para digitar texto.

ii. Qual a rede social mais relevante para a Instituição?

Clique aqui para digitar texto.

iii. Tem profissionais específicos para gerir as redes sociais?

☐ Sim ☐ Não

iv. Quantas informações, em média, são divulgadas por semana?

☐ Entre 1 e 7 informações

☐ Entre 8 e 14 informações

☐ 15, ou mais, informações

- v. Qual o tempo médio de resposta a solicitações/comentários? (exemplo: 6 horas, 1 dia, etc.)

[Clique aqui para digitar texto.](#)

4. A Instituição tem um plano de gestão de crise? ☐ Sim ☐ Não

- a. Se sim, o plano inclui a gestão de crise nas redes sociais? ☐ Sim ☐ Não

Deixe-nos um contacto de e-mail.

[Clique aqui para digitar texto.](#)

Deixe os seus comentários/sugestões.

[Clique aqui para digitar texto.](#)

----- Gratos pela sua colaboração -----

Anexo C. Comunicação e Gestão de Crise

Comunicação e Gestão de Crise

Exmo. (a) Sr. (a)

O meu nome é Loide Tomás Madureira, sou aluna do Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde do Instituto Politécnico de Tomar.

No âmbito da dissertação com o tema “Proposta de um modelo de gestão de crise nas redes sociais para o setor da saúde”, orientada pelo Professor Doutor Célio Gonçalo Marques, surge a necessidade de perceber junto dos especialistas da área qual a sua experiência neste tema.

Propomo-nos a elaborar um modelo com base na revisão de literatura efetuada e na experiência de peritos. O modelo também irá contemplar um conjunto de ferramentas para a monitorização das redes sociais.

As questões são abertas, pelo que poderão responder conforme considerarem mais conveniente. Poderão igualmente dar-nos todas as sugestões que considerarem pertinentes.

Estamos ao inteiro dispor para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir. Para tal, poderão contactar-nos através do e-mail luidetomasmadureira@gmail.com.

A Vossa colaboração é de extrema importância para a prossecução deste estudo. Agradecemos, desde já, toda a colaboração dispensada.

Os investigadores,

Loide Tomás Madureira

Célio Gonçalo Marques



Nome: Clique aqui para digitar texto.

Organização para a qual trabalha: Clique aqui para digitar texto.

Função/Cargo: Clique aqui para digitar texto.

Percurso Profissional: Clique aqui para digitar texto.

Percurso Académico: Clique aqui para digitar texto.

Contacto: Clique aqui para digitar texto.

Permite a sua identificação e/ou identificação da Organização para a qual trabalha na dissertação?

☐ Sim ☐ Não

Observações: Clique aqui para digitar texto.

1. Considera importante a presença das Organizações (nomeadamente as Instituições Hospitalares) nas redes sociais? Porquê?

Clique aqui para digitar texto.

2. O Despacho nº 199/16 nº 2 alínea c) publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 4 - 7 de janeiro de 2016, permite aos utentes escolherem a Instituição de Saúde onde querem ser tratados. Considera que as Instituições Hospitalares deverão ter uma política de comunicação diferente face a esta alteração? Se sim, em que termos? (Caso não seja profissional da área da saúde, e se assim o entender, poderá ignorar esta questão.)

Clique aqui para digitar texto.

3. Considera que as Administrações estão envolvidas no plano de comunicação da Organização? Da sua perceção, as Administrações consideram o plano de comunicação importante? Qual a sua opinião sobre a importância do envolvimento da Gestão de topo nesta matéria?

Clique aqui para digitar texto.

4. Considera que as Organizações devem ter profissionais dedicados à Comunicação? Porquê?

Clique aqui para digitar texto.

- 5.** Considera que as redes sociais têm o poder de exponenciar uma crise criada por um cliente/utente insatisfeito?

Clique aqui para digitar texto.

- 6.** Na sua experiência profissional, já lidou com crises geradas nas redes sociais? Se sim, qual a sua experiência (o que correu bem, o que correu mal)?

Clique aqui para digitar texto.

- 7.** Conhece crises nas redes sociais que tenham envolvido instituições hospitalares? Se sim, quais?

Clique aqui para digitar texto.

- 8.** Considera que os profissionais responsáveis pela comunicação devem ter linhas orientadoras sobre como atuar no caso de uma crise gerada nas redes sociais (por exemplo um plano de gestão de crise)?

Clique aqui para digitar texto.

- 9.** Conhece algum modelo/plano de ação de gestão de crise nas redes sociais? Se sim, quais?

Clique aqui para digitar texto.

- 10.** Quais são as ferramentas (informáticas) que considera essenciais para contenção de uma potencial crise nas redes sociais?

Clique aqui para digitar texto.

- 11.** No seu trabalho, possui algum instrumento (plano de ação, modelo, framework) para lidar com crises nas redes sociais? Quais são os pontos desse instrumento que considera fundamentais?

Clique aqui para digitar texto.

Deixe-nos os seus comentários e/ou sugestões.

Clique aqui para digitar texto.

----- Gratos pela sua colaboração -----